患者氏名

生年月日

【改善目標事項】

【治療の予定】

【治療期間】

歯科疾患管理料に係る管理計画書(初回用)

月

В

性別

(

男・女

歳)

[患者記入欄] 年 月 日

年

明・大・昭・平

問	【全身の状態 □糖尿病	(該当項目の□にチョロ高血圧症 □呼	ェック)】 吸器疾患 □心血管疾患 □妊娠 □その他 ()
診	【服薬歴】薬)
生活習慣の状況	・歯磨きの ・習慣的飲 ・間食の取	磨きの回数 () 時間 □朝食行料物 □炭酸的 り方 □不規則 器具の使用 □なし □有 □不足 法 □習った	飲料 □ジュース □その他 ()
備考			
【口月	医療機関記入欄 空内の状況】 歯装着 □有	<u> </u>	年 月 日 【歯周組織検査の概要】 ・4mm 以上の歯周ポケット □有 □無 ・歯の動揺 □重度 □中等度 □軽度 □正常
(FEEE)	The same of the sa	E COOL	・歯肉の腫れ □有 □無 ・歯の痛み □有 □無 ・その他(「画像診断結果の概要】
BEEF		(9, sh)	・歯の支持骨吸収 □高度 □中等度 □軽度 □無 ・その他の特記事項 () 【プラーク付着状況】□多い □やや多い □少ない 【その他の留意点】
	(永久歯)		□咀嚼機能 □摂食・嚥下機能 □構音機能 【歯科疾患と全身の健康との関係】 ()
7 -1 -	¥ = = +	□歯磨きの習慣	- □飲料物の習慣 □間食の習慣

この治療と管理の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

口むし歯治療 口歯周疾患治療 口被せ物 ロブリッジ 口義歯

□その他(

)回程度

)

□歯口清掃器具の使用 □喫煙習慣

)週・月

□その他(

約(

歯科疾患管理料に係る管理計画書(継続用)

年 月 日

患者氏名								性別	男	· 女	•
生年月日	明・	大	昭	• 5	<u> </u>	₹ 月	日	(歳)		
【現在のお	ロの中の	状況】	(該当	項目の	ロにチェ	ックして	こくださ	さい)			
痛みに	ついて		□痛し	1	□時	々痛い		□痛くない	١		
歯肉の	出血につ	いて	□ある	5	□時	々ある		□ない			
・腫れに	ついて		□ある	5	□時	々ある		口ない			
食事に	ついて		□食∕	ぐにくし	ハロ変	わらない		□食べやす	てくなった		
その他	, ()
【生活習慣	の状況】										
1日の	歯磨きの	回数	() 🗖							
・歯磨き	の時間		口朝的	後	□昼食	後 口	夕食後	口就寝	頁前		
• 習慣的	飲料物		口炭酢	夋飮料	ロジュ	ース ロ	その他	()		
・間食の	取り方		口不敖	見則	□規則∶	正しい		□しない			
• 歯口清	掃器具の	使用	口なし	,	口歯ブ	ラシ ロ	フロス	□歯間	゚゚゚ヺヺシ		
その他	, ()
【備考】											

【口腔内の状況】	【歯周組織検査の概要】
義歯装着 □有 □無	・4mm 以上の歯周ポケット 口有 口無
	・歯の動揺 □重度 □中等度 □軽度 □正常
Beege,	・歯肉の腫れ 口有 口無
8 6 000	・その他 ()
D D B	Share and the state of the stat
(A) (B) (S)	【画像診断結果の概要】
A B C	・歯の支持骨吸収 □高度 □中等度 □軽度 □無
图图	・その他の特記事項(
A A Cooce	【プラーク付着状況】口多い 口やや多い 口少ない
(乳腺)	【その他の留意点】
(永久歯)	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	【口腔内の状態の改善状況】 /
_	
□む【継続して行う治療内容】	し歯治療 口歯周疾患治療 口被せ物 ロブリッジ 口義歯
	の他 ()
【改善目標事項】 □歯	磨きの習慣 口飲料物の習慣 口間食の習慣
□ 医	口清掃器具の使用 口喫煙習慣 口その他()
【治療期間】)週・月()回程度

この治療と管理の予定は現時点での方針であり、今後の治療状況により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

平成 年 月 日

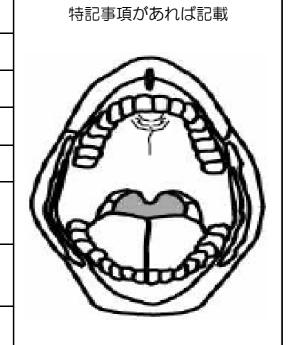
	(ふりがな)								
患者氏名		男•女	生年月日	明・大・昭・平	年 年	月	⊟ (歳)	

【全身の状態】

1	基 礎 疾 患	1. なし	2. あり	(疾患名:)
2	服薬	1. なし	2. あり	(薬剤名:)
3	肺炎の既往	1. なし	2. あり	3. 繰り返しあり	
4	低栄養リスク (体重の変化等)	1. なし	2. あり	3. 不明	

【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1. 良好 2. 不良 3. 著しく不良
2	□ 腔 乾 燥	1. なし 2. 軽度 3. 重度
3	う 蝕(むし歯)	1. なし 2. あり 治療の緊急性 口なし 口あり
4	歯 周 疾 患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 口なし 口あり
5	□腔軟組織疾患	1. なし 2. あり 治療の緊急性 口なし 口あり
6	義歯(入れ歯)の使用状況	上 顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 義歯製作・修理・調整等の必要性 口なし 口あり
		下 顎 1. 総義歯 2. 部分床義歯 3. 義歯なし 義歯製作・修理・調整等の必要性 口なし 口あり
7	咬合接触(臼歯部) (義歯での咬合を含む)	1. あり(片側・両側) 2. なし



【口腔機能等】

		舌の運動	1. 良好	2. やや不良	3. 不良
		頬、口唇の動き	1. 良好	2. やや不良	3. 不良
	□腔咽頭機能	開口量	1. 3横指	2. 2横指	3. 1 横指以下
		軟口蓋の動き (/ア/発声時	1. 良好	2. やや不良	3. 不良
2	咀嚼運動	1. 通常の咀嚼が可能	2. 下顎およて	が舌の上下運動	
	吐া性到	3. 下顎の上下運動のみ		4. ほとんど下顎の)動きがない
3	構音機能	発音の状況	1. 明瞭	2. 不明瞭な音あ	り 3.不明瞭
4	頸部可動性	頸部可動域	1. 制限なし	2. 少し動く	3. 不動
		座位保持	1. 良好	2. やや不良	3. 不良
		むせ	1. なし	2. 液体で時々あり	り 3. 頻繁にあり
		奴 ∽兴美	1. なし	2. あり a) 胃ろ	う b) 経鼻 3. その他
5	食事摂取状況	経管栄養		→ 1)—部経口	□摂取あり 2)経□摂取なし
		水分	1. トロミなし	2. トロミあり	3. 禁
			1. 常食 2.常食	(一口大) 3.軟菜	食(ソフト食) 4. 刻み食
		食形態	5.嚥下調整食(具	具体的に) 6. その他 ()

【口腔清掃状況等】

1	口腔清掃の状況	1. 自立 2	-部介助	3. 全介助	
		口腔内での水分の保持	1. 可能	2. 困難	3. 不可能→むせ
	うがいの状況	口腔内での水力の保持	4. 飲んでしまう	5. 口から出る	
~		含嗽(ブクブクうがい)	1. 可能	2. 困難	3. 不可能→むせ
			4. 飲んでしまう	5. 口から出る	

【管理方針等】

別紙様式4

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側

病理標本の受取側の医	療機関名:					
担当歯科医:	科	殿	依頼日:平成	年 月	日	
標本の送付側						
病理標本の送付側の医	療機関名:					
所在地:						
電話番号:	歯	科医師氏名:		提出医共	ナイン:	
標本作製の場所:院内•	院外(施設名	称:		標本	番号:)
患者氏名:		(フリガナ)			性別:男•女	
患者住所						
生年月日:明・大・昭・平	年 月	日(歳)	職業:(具体的	Ξ :)電話番号:	
保険医療機関間の連携	による病理診	診断についての	患者の了解:有・	無		
傷病名:						
臨床診断•臨床経過:						
肉眼所見•診断(略図等):					
病理材料のマクロ写真と	:切り出し図(鉗子生検等は	除く):			
採取日又は手術日:	年	月 日				
提出臓器とそれぞれの	票本枚数:1.	2	2. 3.		その他	
既往歴:						
家族歴:						
感染症の有無:有() •	· 無				
治療情報•治療経過:						
現在の処方:						
病理診断に際しての要望						
備考:						
病理診断料使用欄:病理 口口腔病理診断管理 口免疫染色等(1腔病理診断管	管理加算2 □標ス	本作製料	□□腔病理診	断料

※手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること