都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書(歯科医師)

				<u>令和</u>	年	<u>月</u>	日
情報提供先事業所							
<u>担当</u> <u>殿</u> 医瘤	機関名	7					
	機関所						
電話	番号						
	番号	- <u> </u>					
基本情報	·I스메니	<u> </u>					
(ふりがな)		〒 –					1
	男	'					
利用者氏名	•						
明・大・昭 年 月 日生(歳)	女	連絡先	()			
		22/178					
利用者の病状、経過等							
(1)情報提供の目的							
(2) 病状、経過等							
□ 口腔衛生状態不良							
□ 歯周病							
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □							
□ 義歯の問題(□ 義歯新製が必要な欠損 □ 義歯破損・不	適合等	·)					
□ 摂食・嚥下機能の低下							
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □							
□ その他 ()				
□ 配慮すべき基礎疾患()				
			<u> </u>				
介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等							
(1)必要な歯科治療							
□ う蝕治療 □ 冠・ブリッジ治療 □ 義歯の		修理等					
□ 歯周病の治療 □ 口腔機能の維持・向上 □ その	他 ()			
(2)利用すべきサービス							
□ 居宅療養管理指導(□ 歯科医師、□ 歯科衛生士) □ そ	の他	()				
(3) その他留意点							
□ 摂食・嚥下機能 □ 誤嚥性肺炎 □ 低栄養 □ そ	の他	()				
(4)連携すべきサービス							
□ 特になし □ あり()							
→必要な支援()							
利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会に	おいて	必要な支援等					
(1) 利用者の日常生活上の留意事項							
(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援							
社会生活面の課題 🗆 特になし 🗆 あり							
() = 1 + 1 /)
→ 必要な支援()
(3)特記事項							