

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

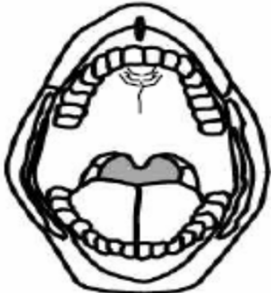
年 月 日

| | | | | |
|------|--------|-----|------|----------------------|
| 患者氏名 | (ふりがな) | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 (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 | <div>特記事項があれば記載</div>  |
| 2 | 口腔乾燥 | 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 □なし □あり | |
| 4 | 歯周疾患 | 1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □あり | |
| 5 | 口腔軟組織疾患 | 1. なし 2. あり 治療の緊急性 □なし □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 □なし □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 □なし □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】

| | | | |
|---|--------|--|---|
| 1 | 口腔咽頭機能 | 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 |
| | | 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. 下顎および舌の上下運動 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 |
| 5 | 食事摂取状況 | 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 3. 頻繁にあり |
| | | 経管栄養 | 1. なし 2. あり a) 胃ろう b) 経鼻 3. その他 ↳ 1) 一部経口摂取あり 2) 経口摂取なし |
| | | 水分 | 1. トロミなし 2. トロミあり 3. 禁 |
| | | 食形態 | 1. 常食 2. 常食(一口大) 3. 軟菜食(ソフト食) 4. 刻み食 5. 嚥下調整食(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. 一部介助 3. 全介助 | |
| 2 | うがいの状況 | 口腔内での水分の保持 | 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 |
| | | 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】

| |
|--|
| |
|--|