

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）

令和 年 月 日

情報提供先事業所  
担当 殿

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号  
FAX 番号  
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	(ふりがな)	男・女	〒 ー 連絡先 ( )
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		

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

☐ う蝕等

☐ 歯周病

☐ 口腔粘膜疾患（潰瘍等）

☐ 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

☐ 口腔乾燥

☐ その他（ )

☐ 配慮すべき基礎疾患（ )

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 ☐ 義歯の新製や修理等

☐ 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

( )

→ 必要な支援（ )

(3) 特記事項