

診療情報提供書(歯科口腔外科)

初回
再評価
退院時

(医療・保健・
福祉機関名)

御中 記入日 年 月 日

患者氏名 (男・女)	ID
生年月日 (大正 昭和 平成) 年 月 日 (歳)	
住所	電話番号

既往歴 <input type="checkbox"/> 別添参照	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中(<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他(
現病歴 <input type="checkbox"/> 別添参照	
内服薬 <input type="checkbox"/> 別添参照	

傷病名(歯科)	
---------	--

管理計画

歯科治療	<input type="checkbox"/> 義歯作製 <input type="checkbox"/> 義歯調整 <input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周病治 <input type="checkbox"/> かぶせ物治療 <input type="checkbox"/> 抜歯
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜・舌の清掃
口腔機能	<input type="checkbox"/> かむ機能 <input type="checkbox"/> 飲み込む機能 <input type="checkbox"/> 話す機能
口腔内状態	良い状況 悪い状況
歯垢の付着状況	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 著しい
舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 厚い
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度
義歯(入れ歯)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> あり(総入れ歯・部分入れ歯上顎・部分入れ歯下顎) <input type="checkbox"/> なし
歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
むし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
口腔ケアリスク	良い状況 悪い状況
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう、経鼻) <input type="checkbox"/> 静脈栄養
食事形態	
座位保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 不可
頸部可動性	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 不可
身体麻痺の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(軽・中・重) (左・右) (程度:
日常の口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
義歯の着脱	<input type="checkbox"/> できる(不要・自立・要介助) <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 使用していない
開口保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 不可
口腔内での水分保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要注意 <input type="checkbox"/> 不可(むせる・飲み込む・口から出る)
うがいの可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 要注意 <input type="checkbox"/> 不可(むせる・飲み込む・口から出る)
口腔機能評価	良い状況 悪い状況
咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 未評価 <input type="checkbox"/> 不調
摂食・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 未評価 <input type="checkbox"/> 不調
発音機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 未評価 <input type="checkbox"/> 不調

その他特記事項	
---------	--

医療機関名	医師
住所	電話番号