

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

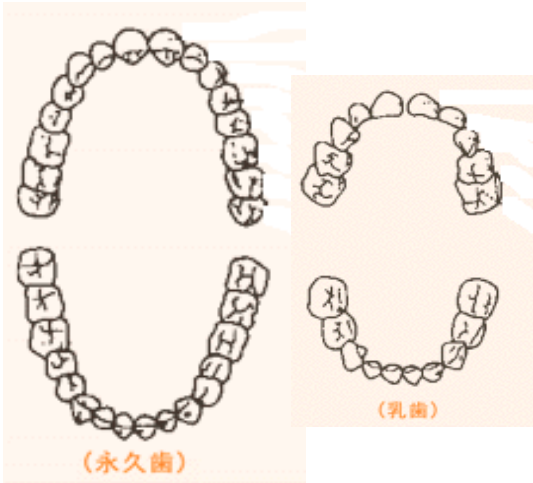
[患者記入欄]

年 月 日

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
問診	【全身の状態（該当項目の□にチェック）】 □糖尿病 □高血圧症 □呼吸器疾患 □心血管疾患 □妊娠 □その他（ ）		
	【服薬歴】薬剤名（ ）		
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数 ( ) 回 ・歯磨きの時間 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前 ・習慣的飲料物 □炭酸飲料 □ジュース □その他（ ） ・間食の取り方 □不規則 □規則正しい □しない ・歯口清掃器具の使用 □なし □歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ ・喫煙習慣 □有 □無 □過去に有り ・睡眠時間 □不足 □やや不足 □十分 ・歯磨き方法 □習ったことがない □習ったことがある ・その他（ ）		
備考			

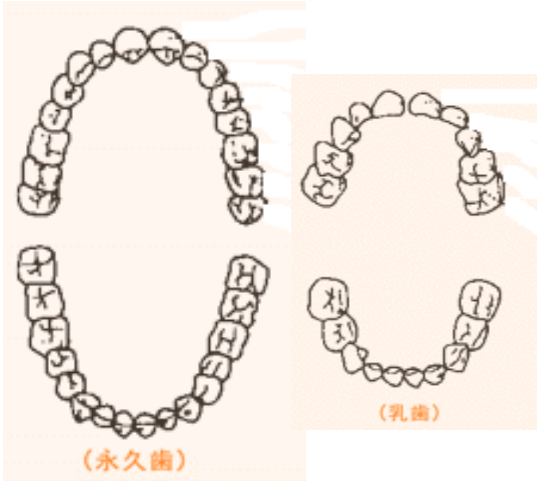
[保険医療機関記入欄]

年 月 日

【口腔内の状況】 義歯装着 □有 □無 	【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 ・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】 ・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】 □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】 ( )
【改善目標事項】	□歯磨きの習慣 □飲料物の習慣 □間食の習慣 □歯口清掃器具の使用 □喫煙習慣 □その他（ ）
【治療の予定】	□むし歯治療 □歯周疾患治療 □被せ物 □ブリッジ □義歯 □その他（ ）
【治療期間】	約 ( ) 週・月 ( ) 回程度

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。

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
<b>【現在のお口の中の状況】</b> （該当項目の□にチェックしてください） <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 痛みについて      □痛い            □時々痛い        □痛くない</li> <li>・ 歯肉の出血について □ある           □時々ある       □ない</li> <li>・ 腫れについて      □ある           □時々ある       □ない</li> <li>・ 食事について      □食べにくい   □変わらない    □食べやすくなった</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>			
<b>【生活習慣の状況】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 1日の歯磨きの回数 ( ) 回</li> <li>・ 歯磨きの時間      □朝食後      □昼食後      □夕食後      □就寝前</li> <li>・ 習慣的飲料物      □炭酸飲料   □ジュース   □その他 ( )</li> <li>・ 間食の取り方      □不規則      □規則正しい   □しない</li> <li>・ 歯口清掃器具の使用 □なし        □歯ブラシ   □フロス      □歯間ブラシ</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>			
<b>【備考】</b>			

<b>【口腔内の状況】</b> 義歯装着 □有 □無 	<b>【歯周組織検査の概要】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 4mm以上の歯周ポケット □有 □無</li> <li>・ 歯の動揺      □重度      □中等度      □軽度      □正常</li> <li>・ 歯肉の腫れ   □有 □無</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>
	<b>【画像診断結果の概要】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯の支持骨吸収 □高度      □中等度      □軽度      □無</li> <li>・ その他の特記事項 ( )</li> </ul>
	<b>【プラーク付着状況】</b> □多い □やや多い □少ない <b>【その他の留意点】</b> □咀嚼機能      □摂食・嚥下機能      □構音機能
	<b>【口腔内の状態の改善状況】</b> ( )
<b>【継続して行う治療内容】</b>	<input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周疾患治療 <input type="checkbox"/> 被せ物 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>【改善目標事項】</b>	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 飲料物の習慣 <input type="checkbox"/> 間食の習慣 <input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>【治療期間】</b>	約 ( ) 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。

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

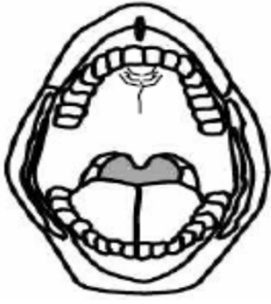
平成 年 月 日

患者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭・平 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	特記事項があれば記載 
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 (ノア/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】

--

## 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:                      提出医サイン:
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:(具体的に                      )電話番号:
保険医療機関間の連携による病理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標本枚数:1.                      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:	
病理診断科使用欄:病理診断科ID <input type="checkbox"/> 口腔病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 口腔病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 口腔病理診断料 <input type="checkbox"/> 免疫染色等(                      )	

※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