様式２

【　担当　　在宅医療支援センター　林　】宛　⇦　歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【訪問歯科診療について（☐ 初回・☐ 最終）ご報告】

◆報告日　　年　　月　　日

事業所名等：川内市医師会在宅医療支援センター ＦＡＸ：0996-22-8114　ＴＥＬ：0996-22-4021	発信元：歯科医師＿＿＿＿　歯科衛生士＿＿＿＿ ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿　ＴＥＬ：＿＿＿＿＿＿

患者名：　　様　性別：男・女　生年月日：　　年　　月　　日：　　歳

初（再）診日：　　年　　月　　日

診療予定期間：おおよそ＿＿＿＿＿＿＿＿

訪問頻度：　　回／

◆主訴

＿＿＿＿＿＿＿＿

◆現在の状況　歯の総数＿＿＿＿本／28本（32本）

む し 歯　（☐ ある　・　☐ ない）

お口の清掃状況　（☐ 不良　・　☐ 普通　・　☐ 良好）

歯肉の状態　（☐ 不良　・　☐ 普通　・　☐ 良好）

入れ歯の状態　（☐ 不良　・　☐ 普通　・　☐ 良好）

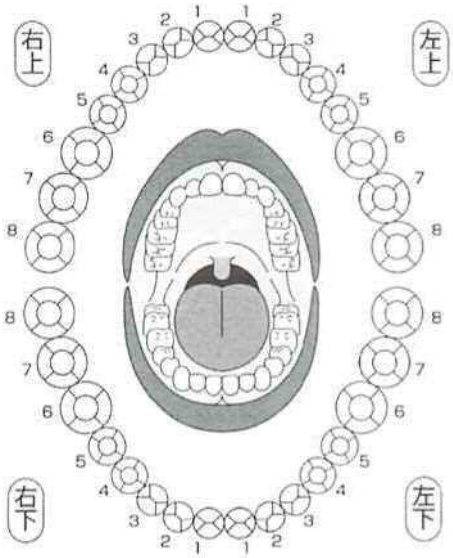
そ の 他＿＿＿＿＿＿＿＿

●摂食嚥下状況　（問題が　☐ ある　・　☐ ない）

＿＿＿＿＿＿＿＿

●口腔機能状況　（問題が　☐ ある　・　☐ ない）

＿＿＿＿＿＿＿＿



◆（必要な）治療内容：（実際の治療に関してはご相談の上、決定いたします）　☐ 治療中　☐ 治療完了

歯牙処置：☐ むし歯処置　☐ 歯根処置　☐ 歯周処置　☐ その他＿＿＿＿

外科処置：☐ 抜歯　☐ 粘膜処置　☐ 切開　☐ その他＿＿＿＿

義　　歯：☐ 調整　☐ 修理（　　）　☐ 新しく作製

そ の 他：☐ 口腔乾燥　☐ お口の管理　☐ 摂食機能療法　☐ その他＿＿＿＿

（継続的）歯科治療の必要性：☐ ある　☐ ない

◆（継続的）口腔ケアの必要性　☐ ある　☐ ない

☐ 口腔機能・清掃指導　☐ 義歯清掃・清掃指導　☐ 摂食嚥下機能訓練　☐ その他＿＿＿＿

◆ケア等の指示　☐ ①口腔保清コントロール　☐ ②歯科疾患管理　☐ ③義歯（咀嚼）トレーニング

☐ ④口腔機能維持管理　☐ ⑤食形態の検討・指導等　☐ ⑥食介助の検討・指導等　☐ ⑦その他

◆備考欄：（上記☑に対する療養・日常生活上の留意点及び指示など・他）

何かございましたら、ご連絡くださいますようお願いいたします

公益社団法人　鹿児島県歯科医師会