

# 居宅療養管理指導に係る情報提供書

事業所名 御中  
患者様名

ご依頼いただきました患者様の病状、経過等、口腔ケア関連情報についてご報告いたします

訪問診療開始日: 令和 年 月 日	訪問頻度 回 / 日・月・年
診療予定期間: 日・月・年	
<p>歯科治療の必要性 <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> むし歯治療</p> <p><input type="checkbox"/> 義歯関係 <input type="checkbox"/> 修理、改床</p> <p><input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 新製</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能療法 <input type="checkbox"/> 消炎治療</p> <p><input type="checkbox"/> 歯内治療 <input type="checkbox"/> 齒石除去</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>	
<p>口腔ケアの必要性 <input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 口腔清掃・清掃指導</p> <p><input type="checkbox"/> 義歯清掃・清掃指導</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能訓練</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>	
介護サービスを利用する上での留意点、介護方法及び日常生活上の留意事項	

報告日 令和 年 月 日

歯科医院名: \_\_\_\_\_ 齒科医師名: \_\_\_\_\_