

別紙様式3

後期高齢者在宅療養口腔機能管理料に係る口腔機能管理計画書

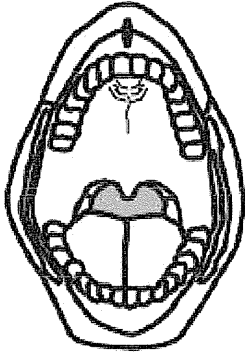
平成 年 月 日

氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	明・大・昭 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
5	食事形態	1. 普通食 2. 介護食 3. 非経口

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	齲蝕	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	義歯の使用状況	上顎 1. あり 2. なし 下顎 1. あり 2. なし	
7	臼歯部での咬合 (義歯での咬合を含む)	1. あり(片側・両側) 2. なし 義歯製作(修理等)の必要性 □なし □あり	

口腔機能の状態

1	咀嚼機能障害	1. なし 2. あり
2	摂食・嚥下機能障害	1. なし 2. あり
3	構音機能障害	1. なし 2. あり

備考欄(管理の方法等)

--