

年 月 日

歯と口の機能と管理

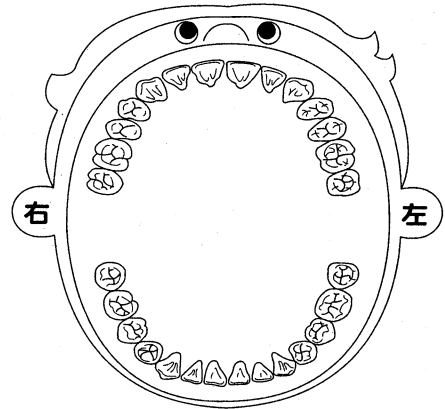
お名前 _____ 様 (男・女) 生年月日 年 月 日

全身の状態

1	基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) かかりつけ医療機関 (_____)	
2	服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)	
3	肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ頃: _____)	
4	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口	
5	体重	(_____) kg	体重の変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____) kg 増・減

口腔内状態

1	う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2	歯周病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3	口腔清掃状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
4	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度
5	軟組織疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
6	咬合(臼歯部)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
7	義歯使用	上 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 使用状況 (_____)



口腔機能

1	咀嚼障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2	摂食障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
4	発音障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

特記事項

治療計画・改善計画

次回訪問予定日: 月 日

保険医療機関名
担当歯科医師名