

# 管理指導計画書

(居宅療養管理指導)

年 月 日

様

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

歯科医師氏名

## 基本情報

利用者氏名		男 ・ 女	〒  連絡先
	生 ( 歳 )		

## 利用者の病状、経過等

(1) 情報提供の目的

(2) 病状、経過等

口腔衛生状態不良

う蝕等

歯周病

口腔粘膜疾患 (潰瘍等)

義歯の問題 (  義歯新製が必要な欠損  義歯破損・不適合等 )

摂食・嚥下機能の低下

口腔乾燥

その他 ( )

配慮すべき基礎疾患 ( )

## 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1) 必要な歯科治療

う蝕治療  冠・ブリッジ治療  義歯の新製や修理等

歯周病の治療  口腔機能の維持・向上  その他 ( )

(2) 利用すべきサービス

居宅療養管理指導 (  歯科医師  歯科衛生士 )  その他 ( )

(3) その他留意点

摂食・嚥下機能  誤嚥性肺炎  低栄養  その他 ( )

(4) 連携すべきサービス

特になし  あり ( )

→ 必要な支援 ( )

## 利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1) 利用者の日常生活上の留意事項

(2) 社会生活面の課題と地域社会において必要な支援

社会生活面の課題  特になし  あり

( ) )

→ 必要な支援 ( ) )

(3) 特記事項