

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

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