

治療計画書 及び 居宅療養管理指導計画書

様

年

月

日

在宅 施設(名称)

●主な既往歴 (訪問理由)

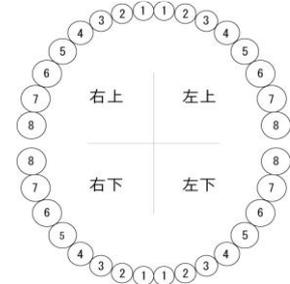
■治療計画について

S (主訴)⇒

O (所見)⇒

A (分析・診断)⇒

P (計画・方針)⇒



■主訴終了までの期間 () カ月 または () 回程度の予定です。

■自立度

歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可
義歯着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可
うがい	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 不可

■摂食状況

摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃婇 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 他
食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 他
食中のむせ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 小頻度 <input type="checkbox"/> 中頻度 <input type="checkbox"/> 多頻度

■歯科疾患、口腔内衛生面・機能面に関して

食物残渣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 多量	舌機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
舌苔の付着	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 多量	類. 口唇機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
歯・義歯汚れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 多量	構音機能	パ (<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 不可)
歯周病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		タ (<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 不可)
口臭	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		カ (<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 不可)
口腔内乾燥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度		ラ (<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 不可)
歯の状態	<input type="checkbox"/> 問題あり (う蝕・破折・脱離等) <input type="checkbox"/> 問題なし	咳払い	<input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 不可
義歯の状態	<input type="checkbox"/> 問題あり (不適合・破折等) <input type="checkbox"/> 問題なし	深呼吸	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不可
粘膜の状態	<input type="checkbox"/> 問題あり (潰瘍等) <input type="checkbox"/> 問題なし	RSST	回/30秒

■解決すべき課題・目標

歯科疾患の重症化予防・治療 口腔衛生状態の維持・改善 口腔清掃技術の向上(本人または介護者) 摂食・嚥下機能の維持・改善
 食形態の維持・改善 栄養状態の維持・改善 誤嚥性肺炎の予防 その他 ()

■口腔ケア (歯科衛生士の居宅療養管理指導) に関する指示内容・注意点等

ケア用具・用品	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> ワンタフトブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> 口腔ウエットティッシュ <input type="checkbox"/> 保湿ジェル <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> その他 ()
実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施・指導 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃・指導 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃・指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎予防に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する訓練等の実施または指導 <input type="checkbox"/> うがい指導 <input type="checkbox"/> 清拭指導
その他、詳細・注意点等	
口腔ケア (訪問) の頻度	<input type="checkbox"/> 月4回程度 <input type="checkbox"/> 月2回程度 <input type="checkbox"/> 月1回程度 <input type="checkbox"/> その他 ()

■本人・介護者・その他関連職種との連携事項

■次回訪問予定	年	月	日 ()	時	分頃
■保険医療機関名					
■所在地					
■電話番号			■FAX番号		
■担当歯科医師			■歯科衛生士		