

歯科疾患在宅療養管理料に関する計画書

年 月 日

患者氏名 主な既往歴

全身状態、口腔衛生・機能、食事摂取について

口腔衛生について

①歯磨き ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不可

②義歯着脱 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不可

③うがい ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 不可

④ケア自発性 ☐ あり ☐ 一部声掛 ☐ ほぼ無し ☐ 全く無し

⑤ケア習慣性 ☐ あり ☐ 一部声掛 ☐ ほぼ無し ☐ 全く無し

⑥プラーク付着 ☐ 良 ☐ 少量 ☐ 中等度 ☐ 多量

⑦食物残渣 ☐ 良 ☐ 少量 ☐ 中等度 ☐ 多量

⑧義歯の汚れ ☐ 良 ☐ 少量 ☐ 中等度 ☐ 多量

⑨口腔乾燥度 ☐ 良 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度

⑩舌苔の付着 ☐ 良 ☐ 少量 ☐ 中等度 ☐ 多量

口腔機能について

⑪食事の自立 ☐ 自立 ☐ 見守程度 ☐ 一部介助 ☐ 全介助

⑫食事中ムセ ☐ 無 ☐ 少頻度 ☐ 中頻度 ☐ 多頻度

⑬食べこぼし ☐ 無 ☐ 少頻度 ☐ 中頻度 ☐ 多頻度

⑭痰のからみ ☐ 無 ☐ 少頻度 ☐ 中頻度 ☐ 多頻度

⑮食形態 ☐ 常食 ☐ 軟食 ☐ 流動食 ☐ 経口不可 ()

⑯構音(ハタカラ) ☐ 明瞭 ☐ やや不明 ☐ 不明瞭 ☐ 不可

⑰RSST ☐ 4回以上 ☐ 2・3回 ☐ 1～2回 ☐ 不可

⑱改訂水飲みテスト ☐ 嚥下ありムセなし ☐ 嚥下ありムセあり ☐ 嚥下なしムセあり ☐ 無反応

全身状態について

●感染症 ☐ 無 ☐ HBV ☐ HCV ☐ W ☐ HIV ☐ MRSA ☐ 他()

●精神疾患 ☐ 無 ☐ 認知症 ☐ 統合失調症 ☐ 情緒不安定 ☐ 他() ●聴力障害 ☐ 無 ☐ 左 ☐ 右

●コミュニケーション(伝達内容の理解) ☐ 可 ☐ 困難 ☐ 不可 (会話による意思表示) ☐ 可 ☐ 困難 ☐ 不可 ●視力障害 ☐ 無 ☐ 左 ☐ 右

●開口保持 ☐ 可 ☐ 困難 ☐ 不可 ●麻痺 ☐ 無 ☐ 半身(左・右) ☐ 上肢(左・右) ☐ 下肢(左・右)

●診療拒否 ☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 重度 ●ADL(移動) ☐ 良 ☐ 杖・歩行器 ☐ 車いす ☐ 寝たきり ☐ 他()

●診療時体勢 ☐ 座位 ☐ ファーラ位 ☐ セミファーラ位 ☐ 側臥位 ☐ 仰臥位 (体勢の留意点:)

●食形態 ☐ 常食 ☐ 軟菜食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト食 ☐ 流動食 ☐ 経鼻経管 ☐ 胃瘻 ☐ 他()

☆服用薬リスト ☐ ※別紙参照(お薬手帳等のコピーあり)

◆ 口腔内の管理方法