口腔ケア内容報告書

訪問月度: 202 年 月

～歯科衛生士による居宅療養管理指導(訪問歯科衛生指導料)における実地指導記録、及び報告書～

No.		患者氏名:		訪問先名:	

定期評価

※大きい数値が良好となります。(0は該当なし)　評価日:　　☐ 指導計画変更有無

口腔衛生評価		口腔機能評価		歯科疾患	
● プラーク	/4段階	● 食事中のムセ	/4段階	● 残存歯の状態	/3段階
● 食物残渣	/4段階	● 食べこぼし	/4段階	● 義歯の状態	/3段階
● 義歯の汚れ	/4段階	● 咳払い	/4段階	● 歯周病の状態	/3段階
● 口腔内乾燥度	/4段階	● 咀嚼能力	/4段階	● 舌・粘膜の状態	/3段階
● 舌苔の付着	/4段階	● 舌機能	/4段階	● 歯数変化	
● モニタリング備考					

歯科医師からの指示内容

担当医: 院長　　指導対象者:

●ケア用品	☐ 歯ブラシ ☐ ワンタフト ☐ 歯間ブラシ ☐ 舌ブラシ ☐ ｽﾎﾟﾝｼﾞﾌﾞﾗｼ ☐ 義歯ブラシ ☐ ｳｴｯﾄﾃｨｯｼｭ ☐ 保湿ジェル ☐ フロス ●その他:
●実地指導	☐ 口腔清掃・指導 ☐ 義歯の清掃・指導 ☐ 舌粘膜清掃・指導 ☐ 誤嚥性肺炎予防 ☐ 清拭指導 ☐ 摂食嚥下訓練・指導 ☐ うがい指導 ☐ ﾏｯｻｰｼﾞ口唇 ☐ ﾏｯｻｰｼﾞ舌 ☐ ﾏｯｻｰｼﾞ頬 ☐ ﾏｯｻｰｼﾞ首肩 ☐ ﾏｯｻｰｼﾞ唾液腺 ☐ ﾏｯｻｰｼﾞ歯茎 ☐ リハ発声練習 ☐ リハ唾液嚥下 ☐ リハ咳払い ☐ リハ吹き戻し ●その他:

a	実地内容(要点)	☐ TBI ☐ 義歯管理 ☐ 清掃(歯) ☐ 清掃(舌) ☐ 清掃(粘膜) ☐ リハ・ﾏｯｻｰｼﾞ **その他実施:**	～ 日 衛生士名:
実施詳細:			
☐ 歯ブラシ ☐ 歯間ブラシ ☐ ワンタフト ☐ 舌ブラシ ☐ ｽﾎﾟﾝｼﾞﾌﾞﾗｼ ☐ 保湿剤 ☐ 実施義歯ブラシ **実施用品その他:**			
b	課題の経過、及び指導・助言内容の要点	**指導対象者:** ☐ 清掃 ☐ 義歯 ☐ リハビリ ☐ うがい ☐ 食事	
指導その他:			

a	実地内容(要点)	☐ TBI ☐ 義歯管理 ☐ 清掃(歯) ☐ 清掃(舌) ☐ 清掃(粘膜) ☐ リハ・ﾏｯｻｰｼﾞ **その他実施:**	～ 日 衛生士名:
実施詳細:			
☐ 歯ブラシ ☐ 歯間ブラシ ☐ ワンタフト ☐ 舌ブラシ ☐ ｽﾎﾟﾝｼﾞﾌﾞﾗｼ ☐ 保湿剤 ☐ 実施義歯ブラシ **実施用品その他:**			
b	課題の経過、及び指導・助言内容の要点	**指導対象者:** ☐ 清掃 ☐ 義歯 ☐ リハビリ ☐ うがい ☐ 食事	
指導その他:			

a	実地内容(要点)	☐ TBI ☐ 義歯管理 ☐ 清掃(歯) ☐ 清掃(舌) ☐ 清掃(粘膜) ☐ リハ・ﾏｯｻｰｼﾞ **その他実施:**	～ 日 衛生士名:
実施詳細:			
☐ 歯ブラシ ☐ 歯間ブラシ ☐ ワンタフト ☐ 舌ブラシ ☐ ｽﾎﾟﾝｼﾞﾌﾞﾗｼ ☐ 保湿剤 ☐ 実施義歯ブラシ **実施用品その他:**			
b	課題の経過、及び指導・助言内容の要点	**指導対象者:** ☐ 清掃 ☐ 義歯 ☐ リハビリ ☐ うがい ☐ 食事	
指導その他:			

a	実地内容(要点)	☐ TBI ☐ 義歯管理 ☐ 清掃(歯) ☐ 清掃(舌) ☐ 清掃(粘膜) ☐ リハ・ﾏｯｻｰｼﾞ **その他実施:**	～ 日 衛生士名:
実施詳細:			
☐ 歯ブラシ ☐ 歯間ブラシ ☐ ワンタフト ☐ 舌ブラシ ☐ ｽﾎﾟﾝｼﾞﾌﾞﾗｼ ☐ 保湿剤 ☐ 実施義歯ブラシ **実施用品その他:**			
b	課題の経過、及び指導・助言内容の要点	**指導対象者:** ☐ 清掃 ☐ 義歯 ☐ リハビリ ☐ うがい ☐ 食事	
指導その他:			