4
介護

【歯科医院　→　担当ケアマネージャー等】

居宅療養管理指導に係わる診療情報提供書

宛先	事業所	事業所1　様	氏名	従事者　たろう　様（宛）
	所在地	東京都千代田区 123-345		
	TEL	03-1234-1234	FAX	03-1234-5678
	E-mail	tarou		

患者名　指導医 花子　様　生年月日　1956年05月16日　61　歳

住所　電話

・初（再）診日　2017年06月07日	・訪問回数　概ね２回／月
・診療予定期間　概ね２ 週	

■歯科治療の必要性：　☑ なし　☑ あり

☑ 虫歯治療　☑ 抜歯

☑ 義歯関係　（☑ 修理　☑ 調整　☑ 新製　☑ 裏打ち ）

☑ 歯周病　（☑ 歯石除去　☑ その他 ）

☑ 摂食機能障害　（☑ あり　☑ なし ）

☑ 歯内治療

■口腔ケアの必要性：　☑ なし　☑ あり

☑ 口腔清掃・清掃指導　☑ 義歯清掃・清掃指導　☑ 摂食嚥下機能訓練

■介護サービスを利用する上での留意点、介護方法および日常生活上の留意事項／病状経過

介護サービスあいうえおあいうえおあいうえお