

角田市丸森町様式<様式4>

口腔ケアに関する連絡票 ( ケアマネジャー → 歯科医師 )

年 月 日

歯科診療所名:

様

事業所名:

担当ケアマネジャー:

氏名		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日( 歳)
住所					電話番号
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 認定無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 認定済み ( <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 )				
利用目的	<input type="checkbox"/> 訪問診療希望 <input type="checkbox"/> 主治医への情報提供 <input type="checkbox"/> 初診の依頼 <input type="checkbox"/> 介護上の留意点の助言希望 <input type="checkbox"/> その他( )				
相談内容	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯茎がはれている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない <input type="checkbox"/> 入れ歯が壊れた <input type="checkbox"/> 入れ歯を失くした <input type="checkbox"/> むせこむ <input type="checkbox"/> 口が渇く <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 舌苔がある <input type="checkbox"/> 口腔粘膜・舌などに炎症がある <input type="checkbox"/> その他( )				
現在の身体状況	通院	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
	座位保持	<input type="checkbox"/> 支えなしで可 <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 背もたれが必要 <input type="checkbox"/> 不可能			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できない			
	頸部可動性	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 不可			
	開口保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> できない			
	うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない			
	むせこみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有り( 日常・主に食事中・食後 )			
現病歴		主治医	病院診療所名:		
			医師名:		
既往歴		投薬			
情報提供にかかる本人の同意	<input type="checkbox"/> ご本人の承諾を得ています。 <input type="checkbox"/> 改めて承諾は得ておりませんが、契約時の同意に基づき、ご本人への居宅介護支援に必要なので連絡します。				

※(平成30年4月実施)30.1.18 厚生労働省令4「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第13条十三の二により、報告するものです。

令和2年4月1日運用開始

【作成】角田市丸森町地域ケア推進会議(在宅医療・介護連携推進に関する会議)