

【 担当 _____ 様 】宛 ← 歯科医院名 _____

【訪問歯科診療について（ 初回・ 最終）ご報告】 ◆報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所名等： _____ 様 F A X： _____ T E L： _____	発信元：歯科医師 _____ 歯科衛生士 _____ F A X： _____ T E L： _____
---	---

患者名： _____ 様 性別：男・女 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日： _____ 歳

初（再）診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 診療予定期間：おおよそ _____	訪問頻度： _____ 回／_____
--	---------------------

◆主訴

◆現在の状況 歯の総数 _____ 本 / 28本 (32本)

むし歯 (ある ・ ない)

お口の清掃状況 (不良 ・ 普通 ・ 良好)

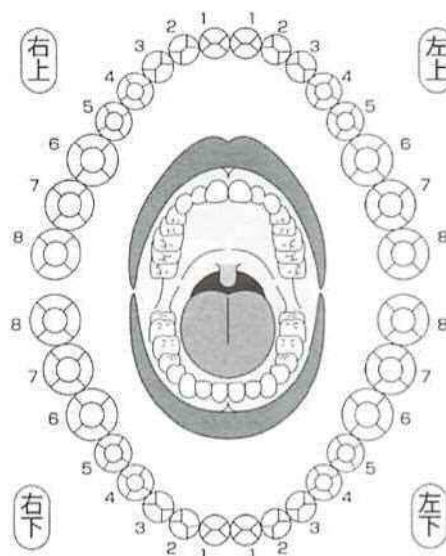
歯肉の状態 (不良 ・ 普通 ・ 良好)

入れ歯の状態 (不良 ・ 普通 ・ 良好)

その他 _____

●摂食嚥下状況 (問題が ある ・ ない)

●口腔機能状況 (問題が ある ・ ない)



◆(必要な)治療内容：(実際の治療に関してはご相談の上、決定いたします) 治療中 治療完了

歯牙処置： むし歯処置 歯根処置 歯周処置 その他 _____

外科処置： 抜歯 粘膜処置 切開 その他 _____

義歯： 調整 修理 (_____) 新しく作製

その他： 口腔乾燥 お口の管理 摂食機能療法 その他 _____

(継続的) 歯科治療の必要性： ある ない

◆(継続的) 口腔ケアの必要性 ある ない

口腔機能・清掃指導 義歯清掃・清掃指導 摂食嚥下機能訓練 その他 _____

◆ケア等の指示 ①口腔保清コントロール ②歯科疾患管理 ③義歯(咀嚼)トレーニング

④口腔機能維持管理 ⑤食形態の検討・指導等 ⑥食介助の検討・指導等 ⑦その他

◆備考欄：(上記 に対する療養・日常生活上の留意点及び指示など・他)

何かございましたら、ご連絡くださいますようお願いいたします