

【担当 様】 ← 歯科医院名

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

事業所名： 様

FAX: TEL:

発信元： (歯科医師) (歯科衛生士)

FAX: TEL:

ご利用者様： 様 性別： 生年月日： 年 月 日

初(再)診日： 年 月 日

診療予定期間：おおよそ

訪問頻度： 回/

◆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)

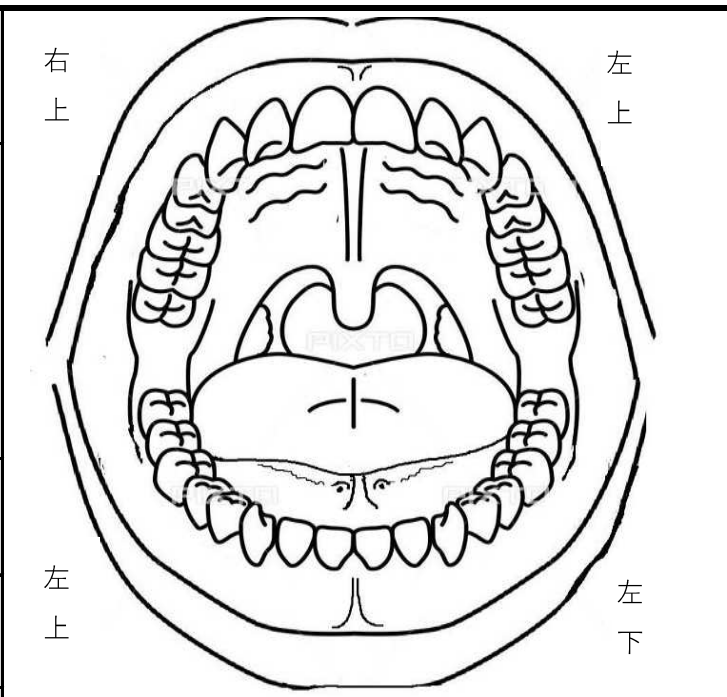
その他 \_\_\_\_\_

●摂食嚥下状況(問題が  ある・ ない)

特記： \_\_\_\_\_

●口腔機能状況(問題が  ある・ ない)

特記： \_\_\_\_\_



◆(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：  虫歯処置  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( )  その他 \_\_\_\_\_

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  口腔保清コントロール  義歯(咀嚼)トレーニング  口腔機能維持管理

食形態の検討・指示等  食介助の検討・指導等  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) \_\_\_\_\_

◆今後の予定

次回の訪問診療は 月 日( ) : 頃の予定です。

定期的に口腔機能管理等行います。

今回で終診です。経過をみて、異常などあればご連絡ください。

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