**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 | | | □認定無し　　□申請中　　□総合事業対象者  □認定済み  （□要支援１　　□要支援２　　□要介護１　　□要介護２　　□要介護３　□要介護４　　□要介護５） | | | | | | | | | |
| 利用  目的 | | | □訪問診療希望　　□主治医への情報提供　　□初診の依頼　　□介護上の留意点の助言希望　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | | | | | | | | |
| 相談  内容 | | | □歯が痛い　　□歯茎がはれている　　□歯がぐらぐらする　　□入れ歯が合わない  □入れ歯が壊れた　　□入れ歯を失くした　　□むせこむ　　□口が渇く  □口臭がある　　□舌苔がある　　□口腔粘膜・舌などに炎症がある  □その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | | | | |
| 現在の身体状況 | 通院 | | | | □可　　□不可 | | | | | | | |
| 座位保持 | | | | □支えなしで可　　□支えがあればできる　　□背もたれが必要　　□不可能 | | | | | | | |
| 意思疎通 | | | | □できる　　□ある程度できる　　□できない | | | | | | | |
| 頸部可動性 | | | | □十分　　□不十分　　□不可 | | | | | | | |
| 開口保持 | | | | □できる　　□ある程度できる　　□できない | | | | | | | |
| うがい | | | | □できる　　□できない | | | | | | | |
| むせこみ | | | | □無　　□有り（　日常　・　主に食事中　・　食後　） | | | | | | | |
| 食事 | | | | □自立　　□見守り　　□一部介助　　□全介助　　□経口摂取不可  形態（主食： 　　　　　副食：　 　　　） 経管栄養（胃ろう・経鼻・IVH） | | | | | | | |
| 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 | | | | □ご本人の承諾を得ています。  □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。