

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。