

口腔衛生管理に関する実施記録

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日生まれ	歳
氏名		要介護度・病名等					
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

注：医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を請求している場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生管理加算の費用を請求することはできません。

1. 口腔に関する問題点及び歯科医師からの指示内容の要点

（記入日：平成 年 月 日 記入者： ）

①口腔に関する問題点 （該当する項目をチェック）	<input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> かみにくさ <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） <input type="checkbox"/> その他（ ）
②歯科医師からの指示内容の要点	

2. 実施した口腔ケアの内容

月 日 (記入者：)	月 日 (記入者：)	月 日 (記入者：)	月 日 (記入者：)
<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他 ()

3. その他の事項