

訪問歯科診療実施報告書

様式3

実施歯科医院		報告日 令和 年 月 日 歯科医院		歯科医師	
依頼連絡日	年 月 日	訪問初診日	年 月 日		
患者情報	市在住 氏名		男・女		
	生年月日		年 月 日		
	要介護 1・2・3・4・5 主たる疾患 ( )				
訪問先	自宅・病院 ( 病院 ) ・施設 ( ) その他				
主訴					
訪問回数	回				
訪問歯科衛生指導の有無	歯科医師	あり ( 回 ) ・ なし			
	歯科衛生士	あり ( 回 ) ・ なし			
居宅療養管理指導の有無	歯科医師	あり ( 回 ) ・ なし			
	歯科衛生士	あり ( 回 ) ・ なし			
歯科衛生士の同行	あり ( 診療補助・口腔ケアまたは指導 ) ・ なし				
口腔ケアの実施の有無	あり ・ なし 今後継続して 行う ・ 行わない				
ケアプランへの組み込み	あり ・ なし				
治療内容					
<input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 義歯 ( 調整 ・ 新製 ) <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他					
治療終了日 令和 年 月 日					

ご報告ありがとうございました。

在宅歯科医療連携室

(一社)草津栗東守山野洲歯科医師会

(一社)滋賀県歯科医師会

滋賀県

TEL 077-581-3355 FAX 077-581-3370

E-mail : kurimoyarenkeisitu@gmail.com

担当 阿児