

訪問歯科診療実施報告書

様式3

報告日 令和 年 月 日

実施歯科医院	歯科医院		歯科医師
依頼連絡日	令和 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。

FAX: 077-581-3370

在宅歯科医療連携室

(一社)草津栗東守山野洲歯科医師会
TEL 077-581-3355
E-mail: krmshika@eos.ocn.ne.jp