

口腔連携強化加算に係る口腔の健康状態の評価及び情報提供書

年 月 日

情報提供先(歯科医療機関・居宅介護支援事業所)

名称
担当 殿

介護事業所の名称
所在地
電話番号
FAX番号
管理者氏名
記入者氏名

利用者氏名 (ふりがな) 年 月 日生 男・女 連絡先 ()
基本情報
要介護度 □要支援(□1 □2) □要介護(□1 □2 □3 □4 □5)
基礎疾患 □脳血管疾患 □骨折 □誤嚥性肺炎 □うつ血性心不全 □尿路感染症 □糖尿病
□高血圧症 □骨粗しょう症 □関節リウマチ □がん □うつ病 □認知症 □褥瘡
(※上記以外の) □神経疾患 □運動器疾患 □呼吸器疾患 □循環器疾患 □消化器疾患 □腎疾患
□内分泌疾患 □皮膚疾患 □精神疾患 □その他
誤嚥性肺炎の発症・既往 □あり(直近の発症年月: 年 月) □なし
麻痺 □あり(部位: □手 □顔 □その他) □なし
摂食方法 □経口のみ □一部経口 □経管栄養 □静脈栄養
現在の歯科受診について かかりつけ歯科医 □あり □なし
直近1年間の歯科受診 □あり(最終受診年月: 年 月) □なし
義歯の使用 □あり(□部分・□全部) □なし
口腔清掃の自立度 □自立 □部分介助(介助方法:) □全介助
現在の処方 □あり(薬剤名:) □なし

【口腔の健康状態の評価】

Table with 4 columns: 項目番号, 項目, 評価, 評価基準. Rows include 開口, 歯の汚れ, 舌の汚れ, 歯肉の腫れ・出血, 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる, むせ, ぶくぶくうがい, 食物のため込み・残留, その他.

※1 現在、歯磨き後のうがいをしている場合に限り確認する。(誤嚥のリスクも鑑みて、改めて実施頂く事項ではないため空欄可)
※2 食事の観察が可能な場合は確認する。(改めて実施頂く事項ではないため空欄可)

歯科医師等による口腔内等の確認の必要性 □低い □高い
項目1-8について「あり」または「できない」が1つでもある場合は、歯科医師等による口腔内等の確認の必要性「高い」とする。
その他の項目等も参考に歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が高いと考えられる場合は、「高い」とする。

※ 歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

歯科医療機関への連絡事項 (自由記載)
介護支援専門員への連絡事項 (自由記載)