

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) 男・女 年 月 日生 連絡先 ()
基本情報
要介護度
基礎疾患
誤嚥性肺炎の発症・既往
麻痺
摂食方法
現在の歯科受診について
義歯の使用
口腔清掃の自立度
現在の処方

【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。

※ 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)