|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 | （ふりがな） | 明・大・昭  年 月　　 日生( 　　　　　 歳) | 男  ・  女 |
|  |
| 食形態 | □ 経口摂取（□ 常食　□ 嚥下調整食（□ ４　□ ３　□ ２－２　□ ２－１　□ １ｊ　□ ０ｔ　□ ０ｊ））  □ 経腸栄養　□ 静脈栄養 | | |
| 誤嚥性肺炎の発症・罹患 | * あり　（発症日：令和　　年　　　月　　　日）　　□ なし | | |

１　基本情報

※嚥下調整食の分類、誤嚥性肺炎の発症等について介護保険施設と連携を図り把握するよう努めるとともに、6ヶ月以内の状況について記載すること。

２　スクリーニング、アセスメント

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者・記入年月日 | （氏名） | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 口腔衛生状態 | 口臭  歯の汚れ  義歯の汚れ  舌苔 | □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない | |
| 口腔機能の状態 | 食べこぼし  舌の動きが悪い  むせ  痰がらみ  口腔乾燥 | □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない | |
| （以下の評価は歯科医師の判断により必要に応じて実施） | | | |
| 歯科疾患等 | 歯数  歯の問題（う蝕、破折、脱離等）  歯周病  粘膜の問題（潰瘍等）  義歯の問題（不適合、破折） | （　　　　　　　　）歯  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない  □ あり　　　□ なし　　　□ 分からない | |
| 特記事項 |  | | |

３　居宅療養管理指導計画　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者家族に説明を行った日　令和　年　月　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 初回作成日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | 作成（変更）日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 記入者 | 歯科医師：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歯科衛生士： | | | |
| 目標 | □ 歯科疾患（□ 重症化予防　□ 歯科治療）  □ 口腔衛生（□ 自立　□ 介護者の口腔清掃  技術の向上　□ 専門職の定期的な口腔清掃等）  □ 摂食・嚥下機能（□ 維持　□ 改善） | | □ 食形態（□ 維持　□ 改善）  □ 栄養状態（□ 維持　□ 改善）  □ 誤嚥性肺炎の予防  □ その他（　　　　　　 　） | |
| 実施内容 | □ 口腔の清掃  □ 口腔の清掃に関する指導  □ 義歯の清掃  □ 義歯の清掃に関する指導 | | □ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導  □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導  □ その他（　　　　　　　） | |
| 訪問頻度 | □ 月４回程度　□ 月２回程度　□ 月1回程度　□ その他（　　　　　　　　　） | | | |
| 関連職種との連携 |  | | | |

４　実施記録

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問日 | 令和　　年　　月　　日　　時　　分　～　　時　　分 | | 実施者 | |  |
| 訪問先 | □ 自宅　□ 認知症グループホーム　□ 特定施設（有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム　） | | | | |
| 歯科医師の同行の有無 | | □ 無し　□ 有り　　　令和　　年　　月　　日　　時　　分　～　　時　　分 | | | |
| 実地指導の要点 | | □ 口腔の清掃  □ 口腔の清掃に関する指導  □ 義歯の清掃  □ 義歯の清掃に関する指導 | | □ 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導  □ 誤嚥性肺炎の予防に関する指導  □ その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 解決すべき課題 | |  | | | |
| 特記事項 | | □　実地指導に係る情報提供・指導（　　　　　　　　　）  □　管理指導計画の見直しを含めた歯科医師からの指示（　　　　　　　　　） | | | |