

患者管理確認書

連携医療機関()

連携No:

所在地: 〒

連絡先:

治療計画担当者氏名:

区分: 担・認・専・指

指導医:

紹介年月日

年

月

日

患者氏名	生年月日	性別	年齢	来院経緯														
	年 月 日	男 ・ 女	歳 か月	口腔保健センターから紹介来院・療育センターから直接来院・その他()														
障害名(重複含む)																		
知的能力障害・発達障害(自閉スペクトラム症・ADHD・LD)・ダウン症候群・脳性麻痺・その他()																		
●来院なし	年 月 日現在																	
●初診日	年 月 日		年齢(歳 か月)		口腔清掃状況 ☐ 良好 ☐ 概ね良好 ☐ やや不良 ☐ 不良													
口腔内所見	診断																特記事項 (口唇・口腔粘膜・舌などの所見)	
	歯種	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7		8
					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E				
	歯種	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7		8
	診断																	
依頼処置内容	☐ 予防継続管理		☐ 自院のみで対応可 ☐ センターを紹介 ☐ 自院とセンターとで連携して対応 ☐ その他()															
	☐ 治療		☐ 自院のみで対応可 ☐ センターを紹介 ☐ 自院とセンターとで連携して対応 ☐ その他()															
適応状況	ユニット着座:可能・行動変容や絵カード使用で可能・困難 口腔内診査や歯磨き:可能・行動変容や絵カード使用で可能・困難 開口保持:可能・開口器を使用すれば可能・困難 機械的清掃やバキューム/サクシジョンの使用:可能・行動変容や絵カード使用で可能・困難 自院で対応可能な処置:機械的清掃・スケーリング・保存処置・補綴処置・抜歯・その他() 自院で対応不可能な処置:機械的清掃・スケーリング・保存処置・補綴処置・抜歯・その他()																	
処置・指導内容	トレーニングおよび口腔内診査・機械的清掃・P基本治療・保存処置・補綴処置・抜歯・その他()																	
	指導内容:																	
担当	歯科医師: 歯科衛生士:																	