管理計画書

連携 No _____

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

センターからの紹介日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 担当医： _____ 指導医： _____

患者 ID： _____ 患者氏名： _____ 性別：男・女

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

《初診時の歯科受診への協力度》

ユニット着座：可能・行動変容や絵カード使用で可能・困難

(理由：拒否・不随意運動・その他 _____)

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

(理由：拒否・不随意運動・その他 _____)

開口保持：可能・開口器を使用すれば可能・困難

(理由：拒否・不随意運動・その他 _____)

機械的清掃やバキューム/サクシヨンの使用：可能・行動変容や絵カード使用で可能・困難

(理由：拒否・不随意運動・その他 _____)

《初診時口腔内所見》

視診：可能・困難(理由： _____)

診断																
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																

咬合状態：正常・下顎前突・上顎前突・開咬・叢生・その他(_____)

口腔清掃状態：良好・ふつう・不良

家庭での歯磨き：可能・なんとか可能・拒否 行っている人：本人・本人+介助・介助

《歯科診療計画》

初診時における治療の必要性の有無：無・有

*有の場合、治療を行う場所：自院で治療可能・センターで治療・その他(_____)

自院における診療(管理)計画・目標(トレーニングなどを含む)

用いる行動調整法：通法・行動変容法・絵カードなどの視覚支援・体動コントロール(反射抑制体位・抑制帯・徒手固定・身体抑制網(レストレーナー®など)・タオル)・笑気吸入鎮静法・その他(_____)

望ましいと考えられる受診頻度(定期管理など): 1 か月・3 か月・6 か月・その他(_____)

今後治療が必要になった場合: 自院で治療可能・センターへ紹介・その他(_____)