

伊予地区在宅歯科医療連携室利用のご案内

伊予歯科医師会

伊予地区在宅歯科医療連携室

稲田歯科医院（砥部町大南）内

TEL 089-968-1447

FAX 089-962-1182

1. 在宅歯科医療の流れ

- ① TEL による受付（午前9時～午後5時）

FAX による受付（24時間対応）「在宅歯科医療申込書」にて受付を行います。

- ② 歯科医院への連絡

連携室が在宅歯科医療を行う歯科医院に連絡します。

（できる限り早期対応をしますが、状況により数日かかる場合があります）

- ③ 担当歯科医院からの連絡

担当歯科医院から患者様（施設）へ連絡し、訪問日時を決定します。

- ④ 初回訪問

患者様の状態を確認後、診療方針・治療計画について患者様、ご家族に説明した上で、同意書を作成します。

- ⑤ 訪問診療

診療方針・治療計画に基づいて訪問診療を行います。

1. 訪問診療の注意点

- ① 歯科医療機関に通院することが困難な患者様が訪問歯科診療を受ける対象です。

- ② 疾病に対する治療は、保険診療が適用されます。

- ③ 居宅療養管理指導費については、介護保険が適用されます。

- ④ 交通費（車馬賃）は、実費をお願いする場合があります。

- ⑤ 訪問診療内容により、担当歯科医師が変更となる場合があります。

また、訪問診療では対応できない場合もあります。

- ⑥ 希望される治療内容、症状を「在宅歯科医療申込書」に具体的にご記入ください。

* 「在宅歯科医療申込書」はコピーしてご利用ください。

2. 連携室の業務時間

- ① 業務時間は、午前9時～午後5時です。

- ② 日曜・祝日、夜間は対応できません。

伊予地区在宅歯科医療連携室 宛

問い合わせ

平成 年 月 日

施設名	
発信者	
内容	

返答 FAX ()

電話 (- -)

どちらでもよい

() 時ごろ

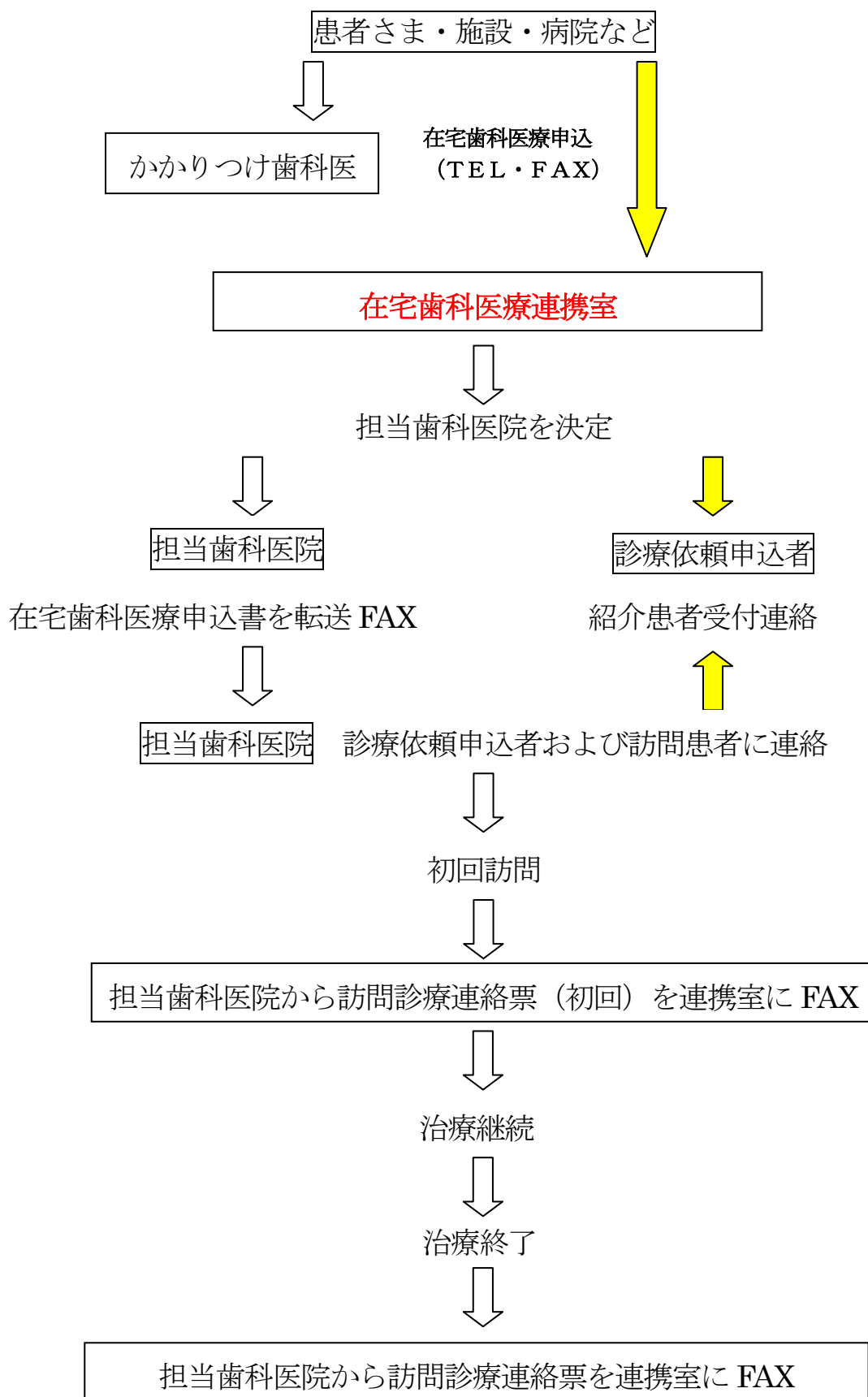
担当者 (.)

伊予地区在宅歯科医療連携室 (稲田歯科医院内)

TEL: 089-968-1447

FAX: 089-962-1182

在宅歯科医療連携室利用のフローチャート



*コピーしてご利用ください

在宅歯科医療申込書

FAX 089-962-1182

伊予地区在宅歯科医療連携室 宛 申込日：平成 年 月 日

患者	ふりがな				TEL		
	氏名						
	住所						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定あり		要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			<input type="checkbox"/> 介護認定なし	
	平成 年 月 日		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 () 公費負担者番号 ()						

依頼者	氏名				TEL		
	住所				FAX		
	続柄	本人・同居家族・他の親族・介護関係者・病院関係者・その他 (具体的に)					

お困りのこと (具体的に)			
<input type="checkbox"/> 歯が痛い	<input type="checkbox"/> 入れ歯関連	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> その他

訪問場所	居宅・施設・病院・その他 ()			駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
住所				TEL:	- -
通院できない理由	かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> あり (歯科医院)			
		<input type="checkbox"/> なし			
	担当 ケアマネージャー	氏名			
TEL					
希望する事 (曜日・時間等)					

伊予在宅歯科医療連携室（事前アセスメント）

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日生	歳		
氏名		病名など							
		かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		入れ歯の使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
介護認定等	認定	平成	年	<input type="checkbox"/> 特定高齢者	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
変更後	変更	平成	年	<input type="checkbox"/> 一般高齢者	<input type="checkbox"/> 特定高齢者	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

1. 事前アセスメント、関連職域などによるモニタリング（番号を事前、モニタ、事後にそれぞれ記入）

事前	平成 年 月 日		モニタ リング	平成 年 月 日		事後	平成 年 月		
	記入者			記入者			記入者		
質問項目・観察項目等			評価項目			事前	モニタ	事後	
質 問	①固いものは食べにくいですか		1 いいえ 2 はい						
	②お茶や汁物でむせることはありますか		1 いいえ 2 はい						
	③口の渇きが気になりますか		1 いいえ 2 はい						
	④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯を		1 両方できる 2 片方だけできる						
	⑤全身的な過去1ヶ月間の健康状態はいかがですか		1 最高によい 2 とてもよ 3 良い 4 あまり良くな 5 良くない 6 全く良くな						
	⑥お口の健康状態はいかがですか		1 良い 2 やや良い 3 普通 4 やや悪い 5 悪い						
観 察	⑦口臭		1 ない 2 弱い 3 ある						
	⑧自発的な口腔清掃習慣		1 ある 2 多少ある 3 ない						
	⑨むせ		1 ない 2 多少ある 3 ある						
	⑩食事の食べこぼし		1 ない 2 多少ある 3 多い						
	⑪表情の豊かさ		1 豊富 2 やや豊富 3 普通 4 やや乏しい 5 乏						
特記事項*									

2. 専門職による課題把握のためのアセスメント、モニタリング（番号を事前、モニタ、事後にそれぞれ記入）

事前	平成 年 月 日					モニタ	平成 年 月 日					事後	平成 年 月 日							
	記入者						記入者						記入者							
	<input type="checkbox"/>	歯科 衛生士	<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	言語 聴覚士		<input type="checkbox"/>	歯科 衛生士	<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	言語 聴覚士		<input type="checkbox"/>	歯科 衛生士	<input type="checkbox"/>	看護師	<input type="checkbox"/>	言語 聴覚士
観察・評価等			評価項目			事前	モニタ	事後												
①右側咬筋の緊張の触診（咬合力）			1 強い 2 弱い 3 なし																	
②左側咬筋の緊張の触診（咬合力）			1 強い 2 弱い 3 なし																	
③歯や義歯のよごれ			1 ない 2 多少ある 3 ある																	
④舌のよごれ			1 ない 2 多少ある 3 ある																	
⑤RSSTの積算時間 (必要に応じて実施)			1回目 () 秒 2回目 () 秒 3回目 () 秒			1 ()	1 ()	1 ()												
⑥オーラルディアドコキネシス (必要に応じて実施)			パ () 回/秒 タ () 回/秒 <small>パ、タ、カを10秒間に言える</small> カ () 回/秒 <small>回数を測定し、1秒あたりに換算</small>			パ ()	パ ()	パ ()												
⑦ブクブクうがい（空ブクブクでも可）			1 できる 2 やや不十分 3 不十分																	
特記事項*																				
問題点	<input type="checkbox"/> かむ	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 口の渇き	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 歯みがき	<input type="checkbox"/> 食べこぼし														
	<input type="checkbox"/> むせ	<input type="checkbox"/> 会話	<input type="checkbox"/> その他																	

*対象者・利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項欄に理由を記入する

3. 総合評価

口腔機能向上の利用前後の比較ではまるものをチェック		
<input type="checkbox"/> 食事がおいしくなった	<input type="checkbox"/> 薄味がわかるようになった	<input type="checkbox"/> かめるものが増えた
<input type="checkbox"/> むせが減った	<input type="checkbox"/> 口の渇きが減った	<input type="checkbox"/> かみしめられるようになった
<input type="checkbox"/> 食事時間が短くなった	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input type="checkbox"/> 口臭が減った
<input type="checkbox"/> 会話が増えた	<input type="checkbox"/> 起きている時間が増えた	<input type="checkbox"/> 元気になった
<input type="checkbox"/> その他		
事業またはサービスの継続の必要性	<input type="checkbox"/> なし（終了）	<input type="checkbox"/> あり（継続）
計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

平成 年 月 日

紹介患者受付連絡票

紹介機関 _____

担当者 _____ 様

この度は、ご紹介していただきありがとうございます。

ご紹介いただいた患者さんは、下記歯科医院が担当となりました。

受付日	平成 年 月 日
受付番号	No.
患者さん氏名	様
生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 年 月 日
訪問先	
担当歯科医院	

訪問日時については、担当歯科医院から訪問先に

のちほど直接ご連絡いたします。

伊予在宅歯科医療連携室

FAX 089-962-1182

TEL 089-968-1447

在宅歯科医療同意書

在宅歯科医療を依頼するにあたり、下記の基本治療方針、および治療計画について了解し
診療実施を承諾して同意します

平成 年 月 日

患者さんご氏名	様 印
依頼者ご氏名	様 印
続柄	

基本治療方針

- 歯科医院への通院困難な患者さんを対象として、ご自宅・施設・病院等へ往診します。
- 診療するにあたり、ほかの疾患の主治医と連携をはかり、可能な処置・治療を決定します。
- 診療時に、患者さんの体調によっては、治療の中止・延期等、治療計画の変更を行うことがあります。
- 細心の注意を払い治療にあたりますが、万が一の不慮の事故、全身状態の急変が起こることも考えられます。その際は、最善の処置を選択して行います。

治療計画

むし歯治療 歯周病治療 抜歯 義歯治療 口腔ケア 摂食機能療法

その他 ()

〈訪問頻度〉 回程度/週・月 〈訪問期間〉 約 日・週・月

歯科医院

歯科医師

歯科訪問診療連絡票（初回）

伊予地区在宅歯科医療連携室宛

_____ 歯科医院

訪問診療を 継続する・しない

できない理由（ ）	
受付番号	
患者氏名	
訪問先	
初回訪問日	平成 年 月 日
同意書	作成した 次回作成する

伊予地区在宅歯科医療連携室
FAX 089-962-1182
TEL 089-968-1447

平成 年 月 日

歯科訪問診療連絡票

伊予地区在宅歯科医療連携室 宛

_____ 歯科医院

_____ 歯科医師

受付番号	
患者氏名	
訪問先	
転帰	治癒 中止 転院 死亡
転帰日	平成 年 月 日
転院先	
紹介状	あり なし

伊予地区在宅歯科医療連携室

FAX 089-962-1182

TEL 089-968-1447