記入日　　年　　月　　日

# 在宅気づきシート（口腔情報）

（サービス提供者）

| | |
|---|---|
| 事業所名 | |
| 担当者名 | |
| ＴＥＬ | |
| ＦＡＸ | |
| E-mail | |

（ケアマネジャー）

| | |
|---|---|
| 事業所名 | |
| 担当者名 | |
| ＴＥＬ | |
| ＦＡＸ | |
| E-mail | |

（歯科医師）

| | |
|---|---|
| 医院名 | |
| 担当者名 | |
| ＴＥＬ | |
| ＦＡＸ | |
| E-mail | |

介護事業所からペーパーでこの情報をもらう必要はなく、電話や事業所のモニタリング表からの情報でかまわない。届いた情報を「気づき内容」に記入する。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>患者氏名 | | 男<br>女 | 生 年<br>月 日 | 年　月　日（　　歳） |
| 住所 | （　□　ご自宅　　□　施設　）<br>〒<br>ＴＥＬ：　　－ | | | |
| 介護度 | 要支援　□ 1　□ 2　　□事業対象者 | | | |
| | 要介護　□ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5 | | | |

| | |
|---|---|
| **気づき内容**<br>本人が抱えている状況を記載。現病については必ず記載。その他には、現象において特記すべきことを記入する。 | □　固い物が食べにくくなっている　　□　お茶や汁物等でむせることがある<br>□　口の渇きの訴えがある　　■ 入れ歯に問題がある（ 外したまま　合っていない　汚れがひどい　その他　　）<br>□　口の中で痛いところがある　　□　口臭が気になる<br>□その他（　　） |
| | 【本人・家族等の主訴】<br>（本人）入れるのが面倒　（夫）本人に任せている |
| 本人状況 | ■ 認知機能の低下　　□ 寝たきり　　□ 歯磨きの習慣なし　　■介護力不足<br>■ 主疾患（アルツハイマー型認知症、高血圧症　）　■ その他（85歳の夫と二人暮らし、子どもなし） |
| **歯科医師に期待するサポート** | ■　助言　　□　受診調整　　□　訪問診療 |
| | 【その他】 |
| かかりつけ歯科医院 | □　有　　□　無 |
| | 【歯科医院名】 |
| 歯科の最終受診時期 | 年　　月　　頃 |
| その他<br>（特記事項等） | |

左記の6項目に当てはまる場合、ボックスにチェックを入れる。入れ歯に関しては、具体的に記入する。

左記の6項目に当てはまらないが、歯科医師に確認したい気がかりな点があれば、記入する.

介護職から情報を受け取ったら、訪問し、できる限り、本人家族の思いを聴きとり記入する。

上記の3点以外に期待するものがあれば記入する.

起こっている現象に対し、歯科医師に助言をもらうにあたって有効となる情報があれば記入する。

| 歯科医師からの返信欄 | 記入日　　年　　月　　日 |
|---|---|
| | |