

歯科訪問 診療料 年 月 日 作成



氏名 _____ 様

男・女 生年月日：明治・大正・昭和・平成 年 月 日 初

【診療報酬に係わる記載事項】

訪問診療依頼者：本人・本人の家族・主治医または担当看護師・その他 (初)

依頼理由：よだれ・セキ、ムセ・会話困難・歯痛・歯肉痛・出血・義歯痛、破損、新製希望・口腔の違和感・他 (初)

訪問診療依頼日： 年 月 日 初

訪問診療日時： 年 月 日 (午前・午後) 時 分 ~ 時 分

訪問先：居宅・ 施設・ 病院・他 ()

【本日の診療内容】(歯科訪問診療提供文書)

*お口のリハビリ：口唇・舌・のどの協調運動の反射運動機能を高めるMパタカラを使っての練習を始めました
 *舌の状況をデジカメで写しました。口唇閉鎖力の測定もしました。結果は、最大_____N、最小_____Nでした
 *義歯：新しく作成します・咬合印象をとります・仮床試適を行います・義歯の調整をしました。 *歯を抜きました
 *歯の清掃をしました *沁みどめのお薬を塗りました *前回治療したところの経過を診ています
 *義歯の取り扱い方法をお話ししました *歯周病に対する日常生活の注意点をお話ししました *新しい義歯をお渡ししました。
 *その他 ()

【次回の治療予定】(次回は 月 日 予定です)

*お口のリハビリ：継続します。写真でも記録します。
 *義歯について：作成を続けます 調整します 完成します
 *歯を抜きます *治療中のところを経過観察です *消毒します *治療は終了です
 *その他 ()

歯科診療所

歯科医師名

歯科衛生士名