**訪問歯科診療報告書【初回】**

様式３

**歯科医師　→　在宅**

実施日時：令和　　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　 時間（　　：　　～　　：　　）

* 歯科医師による口腔内の確認　★　歯と口のチェックリストを参考に診断して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 口唇 | □　乾燥　　　　　□　ひび割れ　　□　出血 | □　異常なし |
| 舌 | □　乾燥　　　　　□　舌苔　　　　□　潰瘍 | □　異常なし |
| 歯肉・粘膜 | □　発赤　　　　　□　腫脹　　　　□　出血　　　□　潰瘍 | □　異常なし |
| 残存歯 | □　う蝕　　　　　□　脱離　　　　□　残根 | □　異常なし |
| 清掃状態 | □　食物残渣　　　□　歯垢　　　　□　歯石　　　□　口臭 | □　異常なし |
| 義歯 | □　不適合　　　　□　破折　　　　□　紛失 | □　異常なし |

* 治療内容　★　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　★　依頼事項　★

□　むし歯の治療

□　抜歯

□　入れ歯

　　（ 調整 ・ 修理 ・ 作製 ）

* 歯石除去
* 口腔清掃

（歯ブラシ・歯間ブラシ・糸付きようじ・

　スポンジブラシ・入れ歯用ブラシ）

* その他

★　実施計画　★

　　□　終了

　 □　継続　　→　　□　治療

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（治療頻度　1回／　週・　月　　　　、治療見込み期間　　か月）

　　　　　　　　　　　　 □　口腔ケア

（治療頻度　1回／　週・　月　　　　、治療見込み期間　　か月）

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医院名 |  |
| 所在地 |  | 連絡先 |  |
| 担当歯科医師 |  | 担当歯科衛生士 | **（一社）奈良県歯科医師会・奈良県（令和５年１２月作成）** |

* 実施者　★