

訪問治療計画書

年 月 日

患者氏名： _____ 様 (男・女) M・T・S 年 月 日生

訪問先： _____ (施設名： _____)

基礎疾患・病状・経過・特記事項(感染症含)：		服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
介護認定： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (要支援： _____) (要介護： _____)		食事形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口 日常生活動作： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
口腔内の状態	健全歯：／ 虫歯C 1:C1 虫歯C 2:C2 虫歯C 3:C3 残根:C4 入れ歯:PD 入れ歯:FD 処置歯:○ 欠損歯:△ ブリッジ:Br		
		訪問治療計画	病名： 治療計画：
		保険医療機関名 住所・電話番号 担当歯科医師名	印