

医療機関等の情報



かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

発症時期:平成 年 月 頃

年 月 日	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
診断			
長谷川式スケール	/30点	/30点	/30点
MMSE	/30点	/30点	/30点
頭部CT・MRI	CT ・ MRI	CT ・ MRI	CT ・ MRI
	(所見)	(所見)	(所見)
その他 検査所見 (SPECT, シンチ等)			
血液検査・ 胸部X線・ 心電図 等			
治療内容 等			
記載者			

かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

発症時期:平成 年 月 頃

年 月 日	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
診断			
長谷川式スケール	/30点	/30点	/30点
MMSE	/30点	/30点	/30点
	CT ・ MRI	CT ・ MRI	CT ・ MRI
頭部CT・MRI	(所見)	(所見)	(所見)
その他 検査所見 (SPECT, シンチ等)			
血液検査・ 胸部X線・ 心電図 等			
治療内容 等			
記載者			

かかりつけ医・専門医療機関の経過記録

発症時期:平成 年 月 頃

年 月 日	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
診断			
長谷川式スケール	/30点	/30点	/30点
MMSE	/30点	/30点	/30点
	CT ・ MRI	CT ・ MRI	CT ・ MRI
頭部CT・MRI	(所見)	(所見)	(所見)
その他 検査所見 (SPECT, シンチ等)			
血液検査・ 胸部X線・ 心電図 等			
治療内容 等			
記載者			

歯科治療・口腔ケアの経過記録

年 月 日	年 月 日	年 月 日
受診形態	通院 ・ 往診 ・ 訪問	通院 ・ 往診 ・ 訪問
病 名		
主 訴		
①口腔清掃状態	良い ・ 普通 ・ 悪い	良い ・ 普通 ・ 悪い
②入れ歯使用状況	有 ・ 無 良い ・ 不適合 ・ 不使用	有 ・ 無 良い ・ 不適合 ・ 不使用
③むし歯	有 ・ 無	有 ・ 無
④歯周病 歯肉の腫れ、出血等 著しい動揺歯 歯石	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無
⑤口臭	有 ・ 多少ある ・ 無	有 ・ 多少ある ・ 無
⑥舌苔	有 ・ 多少ある ・ 無	有 ・ 多少ある ・ 無
⑦乾燥	有 ・ 無	有 ・ 無
⑧むせ	有 ・ 無	有 ・ 無
⑨開口障害	有 ・ 無	有 ・ 無
⑩発音障害	有 ・ 無	有 ・ 無
⑪その他		
処置及び指導	むし歯・入れ歯・外科処 置・歯周処置 指導()	むし歯・入れ歯・外科処 置・歯周処置 指導()
口腔ケア ①口腔清掃 使用清掃用具	歯ブラシ・歯間ブラシ・ 舌ブラシ・スポンジブラシ・ その他()	歯ブラシ・歯間ブラシ・ 舌ブラシ・スポンジブラシ・ その他()
②入れ歯清掃	有 ・ 無	有 ・ 無
③摂食・嚥下機能訓練	有 ・ 無	有 ・ 無
④食事指導	有 ・ 無	有 ・ 無
⑤マッサージ	有 ・ 無	有 ・ 無
⑥その他		
記載者		

歯科治療・口腔ケアの経過記録

年 月 日	年 月 日	年 月 日
受診形態	通院 ・ 往診 ・ 訪問	通院 ・ 往診 ・ 訪問
病 名		
主 訴		
①口腔清掃状態	良い ・ 普通 ・ 悪い	良い ・ 普通 ・ 悪い
②入れ歯使用状況	有 ・ 無 良い ・ 不適合 ・ 不使用	有 ・ 無 良い ・ 不適合 ・ 不使用
③むし歯	有 ・ 無	有 ・ 無
④歯周病 歯肉の腫れ、出血等 著しい動揺歯 歯石	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無
⑤口臭	有 ・ 多少ある ・ 無	有 ・ 多少ある ・ 無
⑥舌苔	有 ・ 多少ある ・ 無	有 ・ 多少ある ・ 無
⑦乾燥	有 ・ 無	有 ・ 無
⑧むせ	有 ・ 無	有 ・ 無
⑨開口障害	有 ・ 無	有 ・ 無
⑩発音障害	有 ・ 無	有 ・ 無
⑪その他		
処置及び指導	むし歯・入れ歯・外科処 置・歯周処置 指導()	むし歯・入れ歯・外科処 置・歯周処置 指導()
口腔ケア内容 ①口腔清掃 使用清掃用具	歯ブラシ・歯間ブラシ・ 舌ブラシ・スポンジブラシ・ その他()	歯ブラシ・歯間ブラシ・ 舌ブラシ・スポンジブラシ・ その他()
②入れ歯清掃	有 ・ 無	有 ・ 無
③摂食・嚥下機能訓練	有 ・ 無	有 ・ 無
④食事指導	有 ・ 無	有 ・ 無
⑤マッサージ	有 ・ 無	有 ・ 無
⑥その他		
記載者		