

# 記入例 一例 歯管 初回・1回目 + 小機能 + 歯リハ3 + 実地指 + 口指導

歯科疾患管理料 小児口腔機能管理料 歯科口腔リハビリテーション科3 歯科衛生実地指導料 口腔機能指導加算

\*実地指の文書提供は6ヶ月に1回以上行ってください。指導による改善が認められないときにも文書提供が必要です。

\*歯リハ3として行った口腔機能に係る指導・訓練内容についての文書提供は不要です。  
\*歯リハ3と口指導(実地指)の加算を同日に算定する場合は、それぞれ別の指導・訓練内容が必要になります。



## お口の健康チェック表

### おだいじに

お口の健康管理にはセルフケアも大切です

患者の自署は不要です

お名前

歯磨 太郎

2024年 6月 1日  
様 男 女 5歳

わく内のあてはまる場所に☑をしてください

**歯みがきについて**

朝起きたとき  食事の後(  朝  昼  晩 )

歯ブラシ 1回 **3分**  フロス(糸ようじ) 毎

音波歯ブラシ  歯間ブラシ

**間食されますか?**  いいえ  規則的  不規則 → 好きなもの(スナック菓子)

**よく飲む飲みもの**  水  お茶  コーヒー  炭酸飲料  乳酸菌飲料  ジュース  ビール

**喫煙されますか?**  いいえ  はい → 1日に  本位  年

**お身体について**

高血圧症  糖尿病  心血管疾患  骨粗しょう症  脳こうそく

ぜんそく  呼吸器疾患  肝疾患(B・C・その他)  妊娠中( カ月)

その他 ( ) → **かかりつけ医療機関** ( )

服薬中 → **おくすり手帳** または **お薬の説明書** を次回お持ち下さ

お薬名 ( )

枠内は患者(家族)に自署してもらいましょう

家庭で注意すべき療養指導

検査結果等の要点

視診の所見も記載

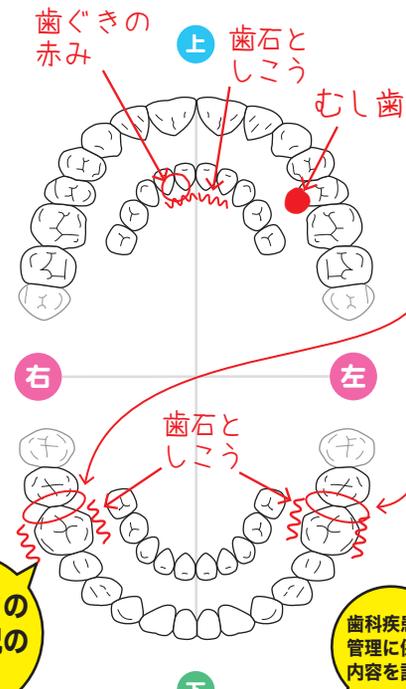
### お口の状態

- △良くなくてきているところ
- △気をつけてほしいところ
- △むし歯 → ● →
- △歯石・△歯垢 → WM →
- △歯ぐきのはれ・赤み → ○ →
- △深い歯周ポケット
- △歯を支える骨の減少
- △動揺
- △舌の力  △乾燥  △舌唇の動き
- △咀嚼  △衛生状態  △かむ力
- △飲みこみ  △偏食(好き嫌い)
- △発音  △栄養  △その他

### セルフケアのポイント

- 歯ブラシでいねいにみがいてほしいところ
- ← みがき残しがあります
- ← 一番後ろの歯
- ← 歯と歯肉のさかいめ
- ← 歯と歯の間

プラーク除去方法の指導



### 今後の治療

- むし歯
- 歯の神経の治療
- かぶせもの
- 歯周病の治療
- 拔牙
- ブリッジ・入れ歯
- 定期検診・フッ素塗布
- 口腔機能の維持・向上
- その他

治療方針の概要

プラークの付着状況の指摘

むし歯をなおします。ていねいに歯みがきをしましょう。よくかんで食べましょう。口呼吸に気をつけましょう。

- 歯間ブラシ、 フロス、 フッ素入り歯みがき剤、 フッ素洗口をしましょう
- キシリトールガムをかみましょう
- 食習慣(間食・飲み物)を見直しましょう
- よくかんで食べましょう
- 舌や唇、 発音や嚥下、 口唇閉鎖力のトレーニング、 唾液腺マッサージを
- 口腔機能の検査結果を踏まえた治療計画に基づく管理に係る内容を記載

DHの氏名はスタンプでもOK

歯管(  初回・ 継続 )  口腔機能  小機能  P重防  SPT

実地指1  口指導 開始 10時 10分 ~ 終了 10時 30分

実地指2(1・2) 今後の治療は変更することがあります

歯科医師 保険医 太郎

歯科衛生士 岡山

名字のみでもOK(カスハラ防正)

裏面に医療機関名を押印します

必ず算定要件を確認の上、実態にあわせてご利用ください。口腔機能低下症や口腔機能発達不全症で歯管や口機能、小機能を算定する場合は、口腔機能の検査結果を踏まえた治療方針を含む治療計画を作成の上、管理に係る内容を記載してください。

\*小機能の初回算定時には、患者の状態に応じて口腔外または口腔内カラー写真の撮影が必ず必要です。

歯科疾患管理料

小児口腔機能管理料

歯科口腔リハビリテーション科3

歯科衛生実地指導料

口腔機能指導加算

\*歯リハ3として行った口腔機能に係る指導・訓練内容についての文書提供は不要です。  
\*歯リハ3と口指導(実地指)の加算を同日に算定する場合は、それぞれ別の指導・訓練内容が必要です。



お口の健康チェック表

おだいじに

お口の健康管理にはセルフケアも大切です

患者の自署は不要です

お名前 歯磨太郎様

2024年6月1日 男 5歳

わく内のあてはまる場所に☑をしてください

歯みがきについて  朝起きたとき  食事の後(朝 昼 晩)  寝る前

歯ブラシ 1回 10分位  歯間ブラシ 毎日

間食されますか?  いいえ  規則的  不規則 → 好きなもの( )

よく飲む飲みもの  水  お茶  コーヒー  炭酸飲料  乳酸菌飲料  ジュース

喫煙されますか?  いいえ  はい → 1日に 本位 年 本

お身体について  高血圧症  糖尿病  心血管疾患  骨粗しょう症  脳こうそく

次のことでお医者さんにかかれていますか?  ぜんそく  呼吸器疾患  肝疾患(B・C・その他)  妊娠中( カ月)

お薬について  薬中 → おくすり手帳 または お薬の説明書を次回お持ち下さ

口腔内の状態と改善状況

むし歯や歯周病の治療、お口の動きを維持・向上させるための治療について、ぜひ裏面もご覧ください

口腔内の状態と改善状況

セルフケアのポイント

歯ブラシでいいにみがいてほしいところ

みがき残しがあります

一番後ろの歯

歯と歯肉のさかいめ

歯と歯の間

歯間ブラシ、フロス、フッ素入り歯みがき剤、フッ素洗口をしましょう

キシリトールガムをかみましょう

食習慣(間食 飲み物)を見直しましょう

よくかんで食べましょう

舌や唇、発音や嚥下、口唇閉鎖力のトレーニング、唾液腺マッサージをしましょう

口腔機能の検査結果を踏まえた治療計画に基づく管理に係る内容を記載してください

歯管(初回 継続)  小機能  P重防  SPT

実地指1  口指導 開始 11時30分 終了 12時05分

実地指2(1・2) 今後の治療は変更することがあります

歯科医師 保険医 太郎 歯科衛生士 岡山

必ず算定要件を確認の上、実態にあわせてご利用ください。口腔機能低下症や口腔機能発達不全症で歯管や口機能、小機能を算定する場合は、口腔機能の検査結果を踏まえた治療方針を含む治療計画を作成の上、管理に係る内容を記載してください。

\*小機能の初回算定時には、患者の状態に応じて口腔外または口腔内カラー写真の撮影が必ず必要です。

例

歯リハ3の訓練指導として「発音」に口指導の指導として「発音」に

裏面に医療機関名を押印します

口腔機能の検査結果を踏まえた治療計画に基づく管理に係る内容

舌の力  乾燥  舌唇の動き

咀嚼  衛生状態  かむ力

飲みこみ  偏食(好き嫌い)

発音  栄養  その他

実地指+口指導  口機能+小機能+歯リハ3

今後の治療

むし歯

歯の神経の治療

かぶせもの

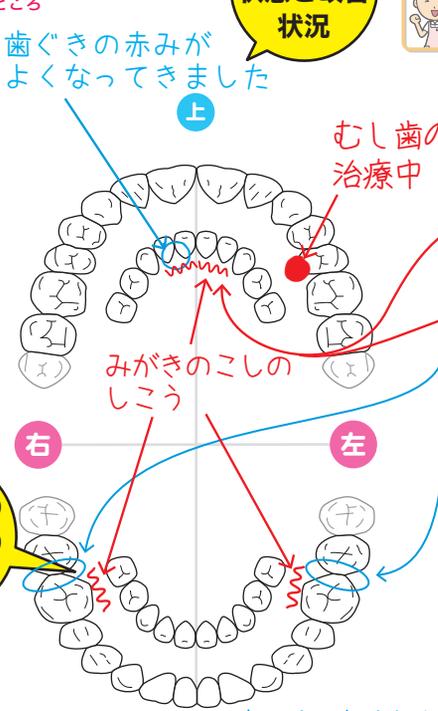
歯周病の治療

拔牙

ブリッジ・入れ歯

定期検診・フッ素塗布

口腔機能の維持・向上



むし歯の治療中

みがきのこしのしこう

歯ぐきの赤みがよくなりました

歯ぐきの赤みがよくなりました

口腔内の状態と改善状況

口腔内の状態と改善状況

口腔内の状態と改善状況

口腔内の状態と改善状況

口腔内の状態と改善状況

家庭で注意すべき療養指導

プラーク除去方法の指導

DHの氏名はスタンプでもOK

名字のみでもOK(カシラの防止)

