

口腔衛生管理加算 衛生実地録

同一月内の訪問歯科衛生指導の
実地の有無

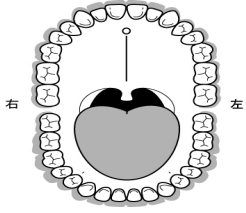
あり(回) なし

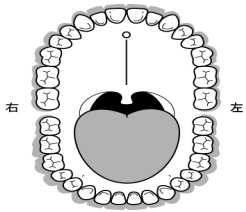
※上記が同一月に3回以上算定された場合、同一月内
においては介護保険による口腔衛生管理加算の算定は
不可

月

氏名:

口腔内の問題点	<input type="checkbox"/> 残存歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 食物残渣 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 口腔内乾燥 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 他()
歯科医師の指示	<input type="checkbox"/> 残存歯清掃 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> 舌清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜清掃 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> マッサージ(部位:) <input type="checkbox"/> 運動(部位:) <input type="checkbox"/> 他()

(日)	担当衛生士:	部位説明
実地内容	<input type="checkbox"/> 残存歯清掃 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> 舌清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜清掃 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> マッサージ(部位:) <input type="checkbox"/> 運動(部位:) <input type="checkbox"/> 他()	
介護職員への 具体的な技術的助言 および指導内容	<口腔ケアに使用するブラシ> <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> ワンタフト <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> その他()	
	<技術的助言及び指導内容> <input type="checkbox"/> 残存歯の清掃方法 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃方法 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃方法 <input type="checkbox"/> その他()	

(日)	担当衛生士:	部位説明
実地内容	<input type="checkbox"/> 残存歯清掃 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> 舌清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜清掃 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> マッサージ(部位:) <input type="checkbox"/> 運動(部位:) <input type="checkbox"/> 他()	
介護職員への 具体的な技術的助言 および指導内容	<口腔ケアに使用するブラシ> <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> ワンタフト <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 義歯ブラシ <input type="checkbox"/> その他()	
	<技術的助言及び指導内容> <input type="checkbox"/> 残存歯の清掃方法 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃方法 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃方法 <input type="checkbox"/> その他()	

●介護職員様からの質問・相談内容(対応時に記載)

(日)	対応を行った衛生士:
相談・質問内容	
回答・対応方法	

(日)	対応を行った衛生士:
相談・質問内容	
回答・対応方法	

歯科医院名	連絡先
医療法人●●会 ●●歯科クリニック	000-00-0000