

治療計画書 及び 居宅療養管理指導計画書

歯科 でん助

様

20★★ 年 ○ 月 △ 日

●他介護サービスの利用：訪問介護 通所介護 訪問看護 その他（ ）

●麻痺：無 半身（右、左） 上肢 下肢 ●開口保持：可 困難 不可 ●開口拒否：有 無

●主な既往歴（治療に際しての留意点） アルツハイマー型認知症

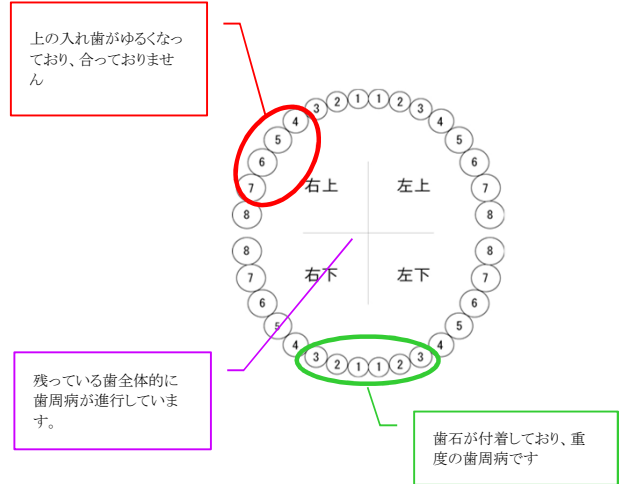
■治療計画について

S(主訴)⇒ お口の状態が気になるので一度、健診してほしい

O(所見)⇒ 歯肉に発赤や膨脹がみられ、触ると痛みもあり。
また、上の入れ歯がゆるくなっている。

A(分析・診断)⇒ 全体的に歯周病があり、入れ歯の不適合です。
特に下の前歯の箇所は重度の重度の歯周病。

P(計画・方針)⇒ 歯周病の進行を認めますので、定期的な口腔ケアで
歯周病の進行を抑制する必要があります。
また上の入れ歯の調整を行い、しっかりと噛める
ようにしていきます。



■主訴終了までの期間 () カ月 または (5) 回程度の予定です。

■自立度

| | | | | |
|------|--|--|------------------------------|-----------------------------|
| 歯磨き | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| 義歯着脱 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| うがい | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 不可 |

■摂食状況

| | | | | |
|-------|--|---|-------------------------------|-------------------------------|
| 栄養摂取 | <input checked="" type="checkbox"/> 経口 | <input type="checkbox"/> 胃管 | <input type="checkbox"/> 経鼻 | <input type="checkbox"/> 他（ ） |
| 食形態 | <input checked="" type="checkbox"/> 常食 | <input type="checkbox"/> 軟菜食 | <input type="checkbox"/> きざみ食 | <input type="checkbox"/> 他（ ） |
| 食中のむせ | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 小頻度 | <input type="checkbox"/> 中頻度 | <input type="checkbox"/> 多頻度 |

■口腔内衛生面・口腔機能面に関して

| | | | | |
|--------|--|--|---|--|
| 食物残渣 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 少量 | <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 多量 |
| 舌苔 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 少量 | <input checked="" type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 多量 |
| 残存歯、歯肉 | <input type="checkbox"/> 一 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input checked="" type="checkbox"/> 不良 |
| 義歯、粘膜 | <input type="checkbox"/> 一 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input checked="" type="checkbox"/> 不良 |
| 口臭 | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| 口腔内乾燥 | <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| 舌機能 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> やや不良 | <input type="checkbox"/> 不良 | |
| 頬、口唇機能 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> やや不良 | <input type="checkbox"/> 不良 | |
| 構音機能 | パ | <input checked="" type="checkbox"/> 明瞭 | <input type="checkbox"/> 不明瞭 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| | タ | <input checked="" type="checkbox"/> 明瞭 | <input type="checkbox"/> 不明瞭 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| | カ | <input checked="" type="checkbox"/> 明瞭 | <input type="checkbox"/> 不明瞭 | <input type="checkbox"/> 不可 |
| 咳払い | <input checked="" type="checkbox"/> 強い | <input type="checkbox"/> 弱い | <input type="checkbox"/> 不可 | |
| 深呼吸 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> やや不良 | <input type="checkbox"/> 不可 | |
| RSST | 回/30秒 | | | |

■口腔内衛生面・機能面において解決すべき課題と目標

口腔内の衛生状態を、できるだけ良好に維持・管理できるようにし、食後の口腔清掃を習慣づける。

■口腔ケアについて

| | |
|-------------|---|
| 声かけの必要性・拒否 | 食後にできるだけ声かけを行い、口腔ケアを促してください |
| 口腔ケア用具・用品 | 歯ブラシ、歯間ブラシ、フロス、舌ブラシ |
| 口腔清掃の注意点 | 歯と歯茎の境目を重点的にしっかり磨きましょう。また、その際は力を入れすぎないように注意 |
| 口腔機能・食事について | 口腔機能面はまだ特に大きな問題はございませんが、入れ歯の適合が悪い間の食事は固いものはできるだけ避けるようにしてください。 |

■本人・介護者・その他関連職種への連絡事項

基本的にご本人様のご自身で歯ブラシを行っておりますが、磨き残しが多く口腔清掃が行き届いていない可能性がありますので、歯ブラシ後は磨けているかのチェックを行い、状況に応じて介助してあげてください。

■次回訪問予定 20★★ 年 ○ 月 ▽ 日 (■) 15 時 00 分頃

| | | | |
|----------|--|--------|--------------|
| ■保険医療機関名 | 医療法人 福翔会 福森歯科クリニック分院 | | |
| ■所在地 | 〒553-0002 大阪府大阪市福島区鷺洲1-7-39 ハイグレードマンション十番館1F | | |
| ■電話番号 | 0120-544-118 | ■FAX番号 | 06-6459-7286 |
| ■担当歯科医師 | 福森 太郎 | ■歯科衛生士 | 福森 花子 |