

令和6年4月30日

都道府県歯科医師会社会保険担当役員 各位

公益社団法人 日本歯科医師会
常務理事 大杉和司

日歯情報提供用文書の様式変更について

平素は本会会務運営に格別なるご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、先般ご案内致しました通り、令和6年度診療報酬改定に伴い、下記の日歯情報提供用文書について新訂版を作成いたしましたので、ご案内申し上げます。

新様式の販売については、**5月1日(水)より予約開始**となります。つきましては、貴会会員へのご周知方よろしくお願いいたします。

なお、「情報提供用文書の記載例と文書の活用方法」についても見直しを行いましたので、併せてご活用ください。後日、会員向けホームページにも掲載予定となっております。

記

- 文書様式1 初回用 歯と口の健康のために
- 文書様式1 継続用 歯と口の健康のために
- 文章様式3 口腔衛生管理

<別添>

- 様式(3点) 見本
- 情報提供用文書の記載例と文書の活用方法(令和6年4月)
- 取り繕い記載例

【委託販売先】

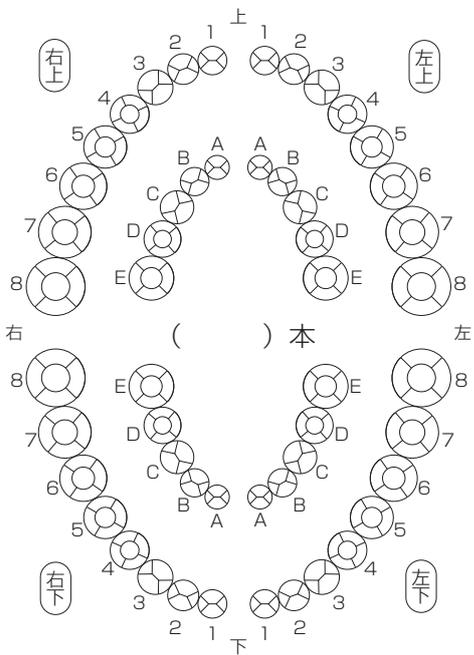
一世出版(株)

〒161-8558 東京都新宿区下落合 2-6-22

TEL 03-3952-5141 FAX 03-5982-7751

歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

年 月 日

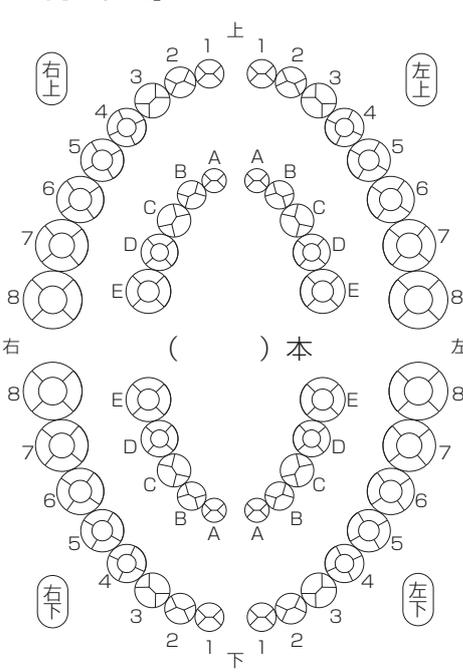
患者氏名		様	No
【基礎疾患】 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
【服薬】 <input type="checkbox"/> マイナ保険証確認 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤の種類・薬剤名) ()			
【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ()			
【その他】 ()			
【口腔内の状況】  右 () 本 左		【歯や歯肉の状態】 ● 4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ● 歯の動揺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ● 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ● プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無 【むし歯】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【その他】 ()	
		【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咬合力 <input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能	
		【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 口唇閉鎖力 <input type="checkbox"/> その他	
		【その他・特記事項】	
改善目標		<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 (飲料物の習慣・間食の習慣) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療の予定		<input type="checkbox"/> むし歯 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> 継続的な口腔機能の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
(担当歯科医師)

歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

年 月 日

患者氏名	様	No
<p>【口腔内の状況】</p>  <p style="text-align: center;">右 () 本 左</p>	<p>【歯や歯肉の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 4 mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯の動揺 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>無 <p>【むし歯】 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>【その他】 ()</p>	
	<p>【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>口腔衛生状態 <input type="checkbox"/>口腔乾燥 <input type="checkbox"/>咬合力 <input type="checkbox"/>舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/>舌圧 <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>嚥下機能 <p>【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>嚥下機能 <input type="checkbox"/>食行動 <input type="checkbox"/>構音機能 <input type="checkbox"/>栄養 <input type="checkbox"/>舌圧 <input type="checkbox"/>口唇閉鎖力 <input type="checkbox"/>その他 	
<p>【その他・特記事項】</p>		
<p>これまでの治療</p>	<p><input type="checkbox"/>むし歯の治療 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/>ブリッジ <input type="checkbox"/>義歯</p> <p><input type="checkbox"/>歯肉炎・歯周病の治療 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
<p>改善目標</p>	<p><input type="checkbox"/>歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/>歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用</p> <p><input type="checkbox"/>喫煙習慣 <input type="checkbox"/>食習慣の改善 (飲料物の習慣・間食の習慣)</p> <p><input type="checkbox"/>口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	
<p>治療の予定</p>	<p><input type="checkbox"/>むし歯 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/>ブリッジ <input type="checkbox"/>義歯</p> <p><input type="checkbox"/>歯肉炎・歯周炎の治療</p> <p><input type="checkbox"/>歯科疾患の重症化予防のため、以下の治療や管理をします</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>定期的な歯周病の治療と管理 <input type="checkbox"/>定期的なむし歯の管理 <input type="checkbox"/>継続的な口腔機能の管理 <input type="checkbox"/>治療方針変更なし <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>	

※むし歯や歯周病を定期的に管理することで、できるだけ自分の歯を保ちましょう。
 ※何でも噛んで食べられると栄養バランスの良い食生活につながります。
 ※口腔の健康管理が全身の健康管理につながります。

この治療の予定は、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
(担当歯科医師)

歯科衛生実地指導 1・訪問歯科衛生指導

(文書様式3) R6

口腔衛生管理

様

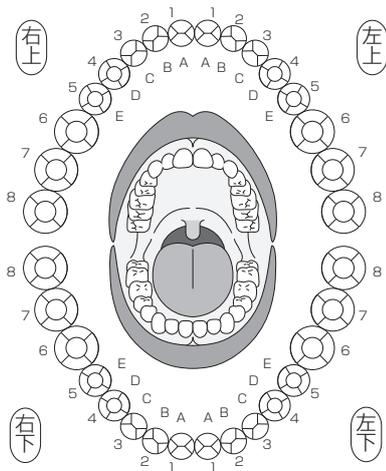
年 月 日

歯と歯肉の状態

- よく磨けています
磨き残しがあります (///部)
歯石がついています
歯ぐきに発赤・出血・腫れがあります

その他

- 舌苔 (舌の汚れ)
義歯下粘膜の汚れ
その他 ()



現在 () 本

指導内容

- ブラッシングおよびプラーク除去
唾液腺マッサージ
口唇閉鎖力の訓練
 (内容：)
舌圧改善の訓練
 (内容：)
咀嚼機能訓練

時間 (: ~ :)

保険医療機関名

所在地・電話番号

担当歯科医

歯科衛生士

情報提供用文書の記載例と文書の活用方法

令和6年度診療報酬改定では、口腔機能管理料、小児口腔機能管理料等において見直しが行われたため、文書様式1（初回・継続）及び文書様式3を一部変更しました。また、本改定で新設された加算等に対応する活用方法を追記しています（赤字部分）。患者への情報提供のほか、この様式を用いて治療計画等の策定にも利用できます。

患者への情報提供は、患者の療養上の医学管理や治療の効果を高め、また、文書提供が医療保険の算定要件となっているものについては、効率的に文書作成ができるように様式を定めました。

文書の記載内容については、可能な限り簡便な様式に設計してありますが、算定項目によっては、項目のチェックだけではなく、手書きで必要な事項を補記すべきものがありますので、本活用ガイドの記載例を参考に過不足のない提供文書や治療計画書を作成してください。また、画一的な文書ではなく個々の患者の疾病状態や治療方針の変更などに応じた記載を心がけるようお願いいたします。

目 次

文書様式1	初回用	歯科疾患管理・口腔機能管理・小児口腔機能管理	1
文書様式1	継続用	歯科疾患管理・歯周病安定期治療・歯周病重症化予防治療・口腔機能管理・小児口腔機能管理	2
文書様式2		義歯・ブリッジ・冠の管理	3
文書様式3		口腔衛生管理	3
文書様式4		歯と口・口腔機能の治療管理	4
文書様式5		訪問歯科衛生指導説明書	5

文書様式の活用法

文書様式の活用法（1）	6
文書様式の活用法（2）	7

本様式は歯科疾患管理料の一回目算定時に提供する文書を例示したもの

歯科疾患管理・口腔機能管理・小児口腔機能管理 (文書様式 1 初回用) P.6

歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

患者氏名 様 No. 年 月 日

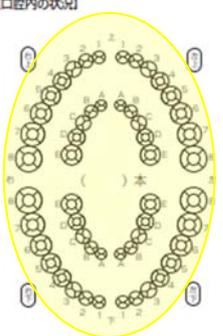
【基礎疾患】 高血圧症 心血管疾患 呼吸器疾患 糖尿病 骨粗鬆症
 その他 ()

【薬】 マイナ保険証持認 無 有 (薬剤の種類・薬剤名)

【生活習慣】 喫煙 その他 ()

【その他】 ()

【口腔内の状況】



【歯や歯肉の状況】

- 4mm以上の歯周ポケット 有 無
- 歯の動揺 有 無
- 歯肉の腫れ 有 無
- プラーク・歯石の付着状況 多い 少ない 無

【むし歯】 有 無

【その他】 ()

【口腔機能の問題】 無

- 口腔衛生状態 口腔乾燥 咬合力
- 舌口唇運動機能 舌圧 咀嚼機能
- 嚥下機能

【小児口腔機能の問題】 無

- 咀嚼機能 嚥下機能 食行動
- 発音機能 栄養 舌圧
- 口腔閉鎖力 その他

【その他・特記事項】

改善目標 歯磨きの習慣 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用
 喫煙習慣 食習慣の改善 (飲料物の習慣・食生活の改善)
 口腔機能の改善・獲得
 その他 ()

治療の予定 むし歯 (つめる・冠・根の治療) ブリッジ 義歯
 歯肉炎・歯周炎の治療 継続的な口腔機能の管理
 その他 ()

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります

医療機関名 (担当歯科医師)

患者の歯科治療及び口腔管理を行う上で必要な基本状況で、該当項目に☑する。該当項目がない場合や必要事項は【その他】欄を活用して記載する。

※患者が記入する必要はない。

○歯周病の状態、う蝕の有無など

歯周病の検査を行った場合は該当項目に☑する。その他の歯科疾患がある場合は【その他】欄に記載する。

○口腔機能の状態

口腔機能の低下や小児の口腔機能発達不全が認められる場合は該当項目に☑する。内容については、患者にわかりやすく説明する。

○【その他・特記事項】

関連する検査や画像診断等を行った場合は結果の要点や特記事項を記載する。

○【改善目標】

患者の生活習慣や口腔機能の改善や獲得などの目標について該当項目に☑する。その他の改善目標や管理する上での留意事項や説明した内容などは【その他】欄を活用して記載する。

(記載例)

- ・肥満やストレスの発散のため運動する
- ・過度の飲酒を控える
- ・指しゃぶりに気をつける
- ・週一回は口の中を観察する
- ・口腔内細菌による肺炎のリスク
- ・服用薬と口腔症状の関係
- ・妊娠と歯周病やう蝕
- ・良く噛むことと認知症予防
- ・ストレスと歯周病や顎関節症
- ・口腔の発育と噛める子どもの関係

【口腔内の状況】

う蝕、歯冠修復、欠損補綴の状況、歯周病検査結果や軟組織(歯肉、頬粘膜、口蓋、舌、口唇等)の状態や疾患の部位など記入する。

○【治療の予定】

該当項目に☑する。

【その他】欄には項目以外の治療の概要等を記載する。また、治療回数や治療期間を記入することでも良い。

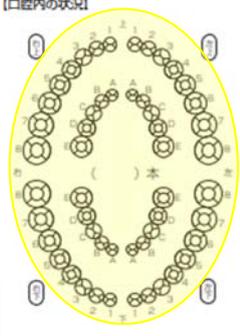
継続的な治療や指導管理が必要な場合は「継続的な口腔機能の管理」に☑をし、今後の治療方針や指導管理について患者に分かりやすく説明する。

本様式は歯科疾患管理料の二回目以降算定時に提供する文書を例示したものの

歯科疾患管理・歯周病安定期治療・歯周病重症化予防治療・口腔機能管理・小児口腔機能管理 (文書様式 1 継続用) R 6

歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

年 月 日

患者氏名	様	No	
【口腔内の状況】 	【歯や歯肉の状況】 ●4mm以上の歯肉ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ●歯の動揺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ●歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ●プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無 ●むし歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ●その他 ()		
	【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咬合力 <input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 唾液機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 口腔筋力 <input type="checkbox"/> その他		
その他・特記事項			
これまでの治療 <input type="checkbox"/> むし歯の治療 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周病の治療 <input type="checkbox"/> その他 ()			
改善目標 <input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 (飲料物の習慣・同食の習慣) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療の予定 <input type="checkbox"/> むし歯 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 歯科疾患の重症化予防のため、以下の治療や管理をします <input type="checkbox"/> 定期的な歯周病の治療と管理 <input type="checkbox"/> 定期的なむし歯の管理 <input type="checkbox"/> 継続的な口腔機能の管理 <input type="checkbox"/> 治療方針変更なし <input type="checkbox"/> その他 ()			

※むし歯や歯周病を定期的に管理することで、できるだけ自分の歯を保ちましょう。
 ※何でも噛んで食べられると栄養(バランスの良い食生活)につながります。
 ※口腔の健康管理が全身の健康管理につながります。
 この治療の予定は、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名 (担当歯科医師)

前回との変化や新たに必要となった指導、管理項目、治療計画の変更などを記入する。歯周病安定期治療・歯周病重症化予防治療・口腔機能管理・小児口腔機能管理の管理計画などにも使用できる。

○歯周病の状態、治療が終了していないう蝕の有無、口腔機能などの歯科疾患の状態や新たに実施した関連する検査や結果の要点などを記載して患者にわかりやすく説明する。

○【これまでの治療】
これまで行った治療に☑し、その他の歯科疾患や、必要に応じ治療経過などを【その他】欄に記載する。

○【改善目標】
これまでの生活習慣の変化や口腔機能の改善や獲得を踏まえた今後の改善目標など該当する項目に☑し、必要に応じ患者がわかりやすいように【その他】欄を活用する。

【口腔内の状況】
口腔内の状態や変化の記録などに活用する。歯式の図は歯周病基本検査や混合歯列期歯周病検査の記録用紙としても利用できる。

【治療の予定】

- 引き続き行う治療の予定について該当する項目に☑し、その他の歯科疾患の治療予定は【その他】欄に記載する。
- 治療方針に変更がなければ、「治療方針変更なし」に☑。
- 歯科疾患の重症化予防の観点から行う、SPT、P重防、エナメル質初期う蝕管理や口腔機能の低下や獲得など継続的な治療や指導管理が必要なものについては該当項目に☑し、これまでの治療経過、定期的評価、今後の治療方針や指導管理などについて患者にわかりやすく説明し、その要点を【その他】欄等を活用し記載する。特に歯科疾患管理料の長期管理加算を初めて算定する場合は記載の充実に努める。

文書様式2 義歯・ブリッジ・冠の管理

本様式は義管あるいは補管算定時に提供する文書を例示したもの

クラウン・ブリッジ維持管理・義歯管理 (文書様式2) H22

義歯・ブリッジ・冠の管理

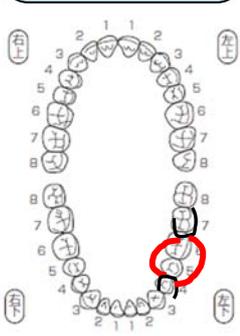
様 年 月 日

ブリッジ・冠の管理

下記の部位に装着しました。
当院は口腔内を清潔に保ち長く快適に使える様に、2年間の維持管理を行っています。
不具合があればお気軽にお申し出下さい。

義歯の使用上の注意について

- ・今回、義歯が入りました。
- ・食後は必ず洗ってください。
- ・就寝時は、必ずして専用の容器に保管して下さい。
- ・必要に応じて、義歯清掃剤をお使い下さい。
- ・痛みがありましたら調整しますので、ご連絡ください。
- ・定期診査を忘れずに。
- ・粉失に充分ご注意ください。
- ・着脱方法
_____より装着
_____より外す
かみ込んで入れない、パネを持って外す



(その他の情報)

保険医療機関名 _____

所在地・電話番号 _____

開設者・担当歯科医 _____

©昭和88年 日本歯科医師会・日本歯科医学会 監修

○ブリッジ・冠の管理

クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している場合、その旨院内掲示をした上でブリッジや冠を装着時に☑を記入し、歯式図にその部位を明記した上で文書提供する。

○新製有床義歯管理料

「義歯使用上の注意について」に☑をして、新製有床義歯装着の場合に提供する文書様式とする歯式図に装着した義歯を描いて、(記入例参照)着脱方法については

_____奥_____より装着
_____手前_____より外す
などと記入する。

文書様式3 口腔衛生管理

本様式は歯科衛生実地指導 1、訪問歯科衛生指導算定時(初回)に提供する文書を例示したもの

歯科衛生実地指導 1・訪問歯科衛生指導 (文書様式3) R6

口腔衛生管理

様 年 月 日

歯と歯肉の状態

よく磨けています

磨き残しがあります (//部)

歯石がついています

歯ぐきに発赤・出血・腫れがあります

その他

舌苔 (舌の汚れ)

義歯下粘膜の汚れ

その他 ()



指導内容

ブラッシングおよびプラーク除去

唾液腺マッサージ

口腔清掃力の訓練 (内容:)

舌圧改善の訓練 (内容:)

咀嚼機能訓練

時間 (: ~ :)

現在 () 本

保険医療機関名 _____

所在地・電話番号 _____

担当歯科医 _____ 歯科衛生士

©昭和88年 日本歯科医師会・日本歯科医学会 監修

○歯と歯肉の状態

歯科衛生実地指導では

- ・歯及び歯肉等口腔状況の説明
- ・う蝕、歯周病に罹患している患者には、プラークチャート等を用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導
- ・患者の状態に応じて必要な事項
- ・歯式にはプラークの付着状況を記入する。

○指導内容

指導した該当項目に☑または具体的な内容と指導時間(開始・終了)を記載する。

- ・歯みがきの時、舌の表面もきれいにしましょう
- ・歯ブラシは握らずペングリップで
- ・強い横みがきは、くさび状欠損の原因となることがあります。

文書様式4 歯と口・口腔機能の治療管理

本様式は歯科疾患在宅療養管理・退院時共同指導算定時に提供する文書を例示したものの

歯科疾患在宅療養管理・退院時共同指導

(文書様式4) H28

歯と口・口腔機能の治療管理

お名前	様	年	月	日
全身の状態				
治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (疾患名:)		
服薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名:)		
肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 繰り返しあり	
低栄養リスク	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 不明	
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 介護食 (常食、軟菜食、刻み食、ミキサー食、流動食、ゼリー等)	<input type="checkbox"/> 非経口	
歯と口の状態				
清神の状況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	特記事項 
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 重度	
むし歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉の炎症 (発赤・出血・腫れ)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
歯の動揺度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
口腔軟組織疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
		治療の緊急性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
義歯の使用状況	上顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	下顎 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
噛み合わせの安定	<input type="checkbox"/> あり (片側・両側)	<input type="checkbox"/> なし		
義歯製作 (修理等) の必要性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
口腔機能の状態				
咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調	
摂食・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調	
発音機能	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調	
舌・軟口蓋の動き	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不調	<input type="checkbox"/> 不調	
治療と口腔ケアの難しさ				
・口腔清掃の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
・経管栄養	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある→貰ろう	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> その他
・座位保持	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良	
・開口保持	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能	
・含嗽 (ブクブクがい)	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 困難	<input type="checkbox"/> 不可能→むせ	
管理方針・治療方針				

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください

医療機関名
(担当歯科医)

©2024 社団法人 日本歯科医師会・日本歯科医学会 監修

【管理方針・治療方針】

- 歯科疾患在宅療養管理料の場合、歯科疾患や口腔機能の評価を踏まえた管理計画の内容や継続的な管理に必要な事項等を記載する。
- 本様式は在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の管理計画書に用いることができる。この場合、歯科疾患在宅療養管理料の記載内容に加え、摂食機能障害に対する指導管理（訓練）の内容の要点等を記載する。
- 関連する検査等を行った場合は結果の要点や特記事項を記載する。
- 摂食機能療法に本様式を活用することもできる。
※管理計画については、個々の患者の状態に応じ、摂食機能療法の実施内容・回数等を具体的に記載する。
- 口腔機能低下症に対する指導管理を行う場合は日本歯科医学会の「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」を参考とするとともにその様式等を使用する。

【日本歯科医学会 HP】

https://www.jads.jp/basic/index_2024.html

- 本様式は在宅歯科医療連携加算1・2の管理計画書に用いることができる。加算1の場合は歯科医師から、加算2の場合は医師、看護師、介護支援専門員等からの情報提供を踏まえて管理計画を策定する。

文書様式5 訪問歯科衛生指導説明書

本様式は訪問歯科衛生指導算定時(初回及び再指導時)に提供する文書を例示した
もの

訪問歯科衛生指導 (文書様式5) H22

訪問歯科衛生指導説明書

様

年 月 日

訪問先 居宅 施設 ()

口腔の状況

歯垢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
歯石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食物残渣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯清掃状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
舌苔	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯装着状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
口腔内出血	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯保管状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
びらん・潰瘍	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他	

口腔の清掃について

- 口腔清掃の重要性
- 含嗽、ブラッシング、歯肉マッサージの励行
- ブラッシング方法 (フォーンズ スクラッピング パス ツマヨウジ)
- 使用器具 (ブラシ スポンジブラシ 舌ブラシ 電動ブラシ)
- 唾液腺のマッサージ、舌・顔面体操、摂食・嚥下等の指導

有床義歯の清掃指導について

- 義歯の清掃 (クラスプ 床粘膜面 床後縁 人工歯)
- 鈎歯、残存歯、歯肉のブラッシング
- 義歯の着脱指導・着脱介護指導
- 就寝時の扱い方 清掃後に、(水中 洗浄剤中)で 保管・装着

注意事項 (食生活の改善等)

-
-

歯科衛生士 時間 (: ~ :)

保険医療機関名
所在地・電話番号
担当 歯 科 医

公財社団法人 日本歯科医師会・日本歯科医学会 監修

訪問歯科衛生指導の算定にあたっては
プラークチャートの必要はないが、プラ
ークチャートを情報提供したい場合や、
初回時など、口腔内状況を把握し、その
結果を記録する場合には文書様式 3 を
使用する。

在宅患者に対しての歯科衛生士による
指導は歯科医師の指示に基づくことにな
っており、青で囲った項目のうち歯科
医師が指示した事項について、□の欄外
に前もって歯科医師の指示とわかるよ
うに記載する。また、診療録にこの文書
を複写し添付することで診療録への記
載内容が簡略化できる。

この用紙を業務記録簿に添付すること
で、業務記録の記載内容が簡略化でき
る。

担当した歯科衛生士の**名字**、指導時間(開
始・終了)の記載が必要となっている。
**なお、複数の歯科衛生士が訪問歯科衛生
指導を実施した場合は、同行した全ての
歯科衛生士の名字を記載する。**

文書様式の活用法

文書提供は、患者にとっては価値があるという中医協アンケート調査の結果もあり、日々の診療の中で、文書の提供と説明に時間を割くことは大変かもしれませんが、医療保険の算定ルールとして、効果的に提供していただくことが重要です。

文書提供に工夫をすることで、医療機関の負担が軽減されるだけでなく、患者にも理解が得られやすくなります。

ついては、効果ある活用方法を例示いたしますので、それぞれの医療機関で、地域の特性、患者の年齢、理解度、性別、生活習慣等に合わせ、効果的な文書提供の一助としていただければ幸いです。

文書様式の活用法（１）

クラウン・ブリッジ維持管理料又は新製有床義歯管理料の算定文書と歯科衛生実地指導料を併せた文書として利用する。

歯科衛生実地指導 1・訪問歯科衛生指導 (文書様式3) H30

口腔衛生管理

様 年 月 日

歯と歯肉の状態

よく磨けています

磨き残しがあります (///部)

歯石がついています

歯ぐきに発赤・出血・腫れがあります

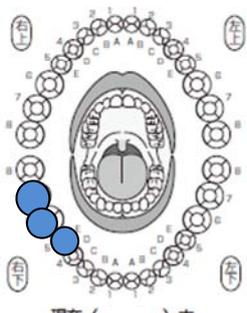
その他

舌苔 (舌の汚れ)

義歯下粘膜の汚れ

その他 ()

下図の部位にブリッジを装着しました。当院は口腔内を清潔に保ち長く快適に使える様に、2年間の維持管理を行っています。



現在 () 本

指導内容

時間 (: ~ :)

保険医療機関名

所在地・電話番号

担当 歯科医

歯科衛生士

補管では以下の文面を書き加える。

【下図の部位にブリッジを装着しました。当院は口腔内を清潔に保ち長く快適に使える様に、2年間の維持管理を行っています。】
 なお、義管では活用法（２）に示す義歯の取り扱い等を記入する。

歯科医師の指示のもとに行う、歯科衛生士による実地指導内容を記入する。

新たに義歯、クラウン、ブリッジを装着した際には、鉤歯や支台歯の維持のためにはブラークコントロールが重要であり、補綴物装着時に実地指導を行うことは効果的である。このため通常の実地指導に合わせて、指導を行い、管理内容を追記することで1種類の文書提供で済ませることができる。

文書様式の活用法（2）

歯科衛生実地指導料の文書を混合歯列期歯周病検査用紙として利用する。

歯科衛生実地指導 1・訪問歯科衛生指導 (文書様式3) H30

口腔衛生管理 様 年 月 日

歯と歯肉の状態

- よく磨けています
- 磨き残しがあります (///部)
- 歯石がついています
- 歯ぐきに発赤・出血・腫れがあります

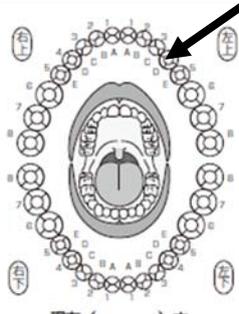
その他

- 舌苔 (舌の汚れ)
- 義歯下粘膜の汚れ
- その他 ()

現在 () 本

指導内容

時間 (: ~ :)



混合歯列期歯周病検査ではプラークチャートが必要となるが、このチャートは歯科衛生実地指導に活用することができる。文書様式3の歯式図に、プラークチャートだけでなく、プロービング時の出血の有無を記載する。

歯科医師の指示のもとに行う、歯科衛生士による実地指導内容を記入する。

混合歯列期の児童、生徒に対して、2種類の用紙を渡すこともなく、検査内容とそれに伴う指導を分けて説明することもなく、患者の理解や協力が得られやすくなる。また、医療機関の負担も減少する。

記載例：現行の様式の余白に、赤字項目を記載してください

歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

年 月 日

患者氏名		No.
【基礎疾患】 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【服薬】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤の種類・薬剤名)		
【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【その他】 ()		
【口腔内の状況】 		【歯や歯肉の状態】 <ul style="list-style-type: none"> ● 4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯の動揺 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>無 【むし歯】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【その他】 ()
【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咬合力 <input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能		【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 舌圧 <input checked="" type="checkbox"/> 唇閉鎖力 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> その他
【その他・特記事項】		
改善目標	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 (飲料物の習慣・間食の習慣) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療の予定	<input type="checkbox"/> むし歯 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input checked="" type="checkbox"/> 継続的な口腔機能の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	

マイナ保険証で薬剤情報が確認できた場合に記載

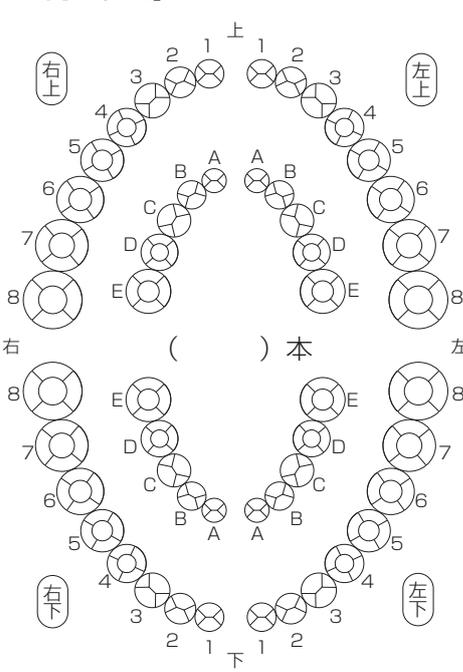
マイナ保険証確認

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

記載例：現行の様式の余白に、赤字項目を記載してください

歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

年 月 日

患者氏名	No
<p>【口腔内の状況】</p>  <p style="text-align: center;">() 本</p>	<p>【歯や歯肉の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 4 mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯の動揺 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>無 <p>【むし歯】 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>【その他】 ()</p> <hr/> <p>【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>口腔衛生状態 <input type="checkbox"/>口腔乾燥 <input type="checkbox"/>咬合力 <input type="checkbox"/>舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/>舌圧 <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>嚥下機能 <p>【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無 □舌圧 □口唇閉鎖力</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>嚥下機能 <input type="checkbox"/>食行動 <input type="checkbox"/>構音機能 <input type="checkbox"/>栄養 <input type="checkbox"/>その他 <hr/> <p>【その他・特記事項】</p>
これまでの治療	<input type="checkbox"/> むし歯の治療 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周病の治療 <input type="checkbox"/> その他 ()
改善目標	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 (飲料物の習慣・間食の習慣) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ()
治療の予定	<input type="checkbox"/> むし歯 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> 歯科疾患の重症化予防のため、以下の治療や管理をします <input type="checkbox"/> 定期的な歯周病の治療と管理 <input type="checkbox"/> 定期的なむし歯の管理 <input type="checkbox"/> 継続的な口腔機能の管理 □治療方針変更なし <input type="checkbox"/> その他 ()

※むし歯や歯周病を定期的に管理することで、できるだけ自分の歯を保ちましょう。
 ※何でも噛んで食べられると栄養バランスの良い食生活につながります。
 ※口腔の健康管理が全身の健康管理につながります。

この治療の予定は、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名
(担当歯科医師)

口腔衛生管理

様

年 月 日

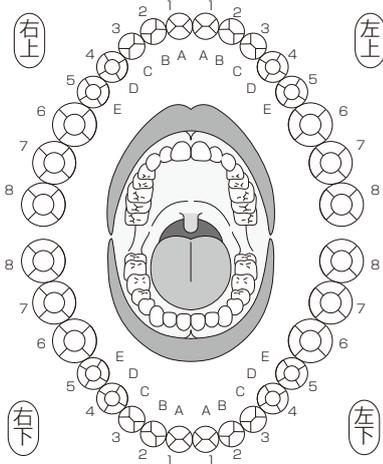
歯と歯肉の状態

- よく磨けています
- 磨き残しがあります (///部)
- 歯石がついています
- 歯ぐきに発赤・出血・腫れがあります

その他

- 舌苔 (舌の汚れ)
- 義歯下粘膜の汚れ
- その他 ()

行った指導について記載することよい



現在 () 本

指導内容

- ブラッシングおよびプラーク除去
- 唾液腺マッサージ
- 口唇閉鎖力の訓練 (内容:)
- 舌圧改善の訓練 (内容:)
- 咀嚼トレーニング

時間 (: ~ :)

保険医療機関名

所在地・電話番号

担当歯科医

歯科衛生士