別紙様式１

初回用

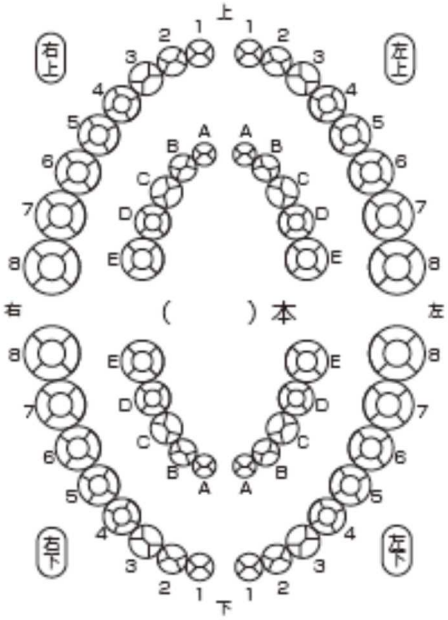
歯科疾患管理料に係る管理計画書

年　　月　　日

患者氏名

【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（　　）
【服　　薬】☐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】



【歯や歯肉の状態】
・4㎜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
☐構音機能　☐栄養　☐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　・　間食の習慣） ☐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 ☐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

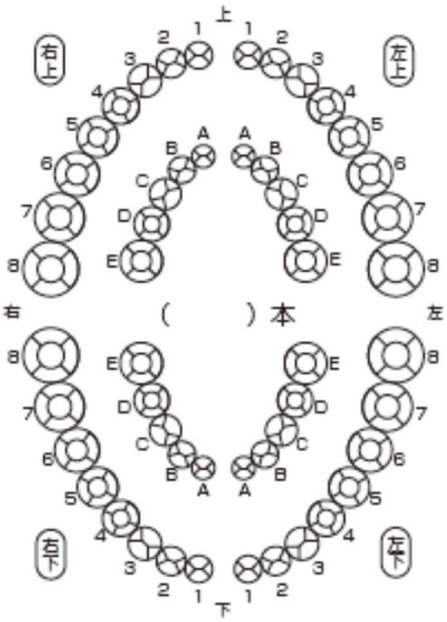
（担当歯科医師）

別紙様式２

継続用

歯科疾患管理料に係る管理計画書

年　　月　　日

患者氏名	
【口腔内の状況】  	【歯や歯肉の状態】 ・4㎜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 ☐構音機能　☐栄養　☐その他 【その他・特記事項】
これまでの治療	☐むし歯の治療（つめる・冠・根の治療）　☐ブリッジ　☐義歯 ☐歯肉炎・歯周炎の治療 ☐その他
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　・　間食の習慣 ） ☐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 ☐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 ☐定期的な歯周病の治療と管理　☐定期的なむし歯の管理 ☐継続的な口腔機能の管理 ☐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）

別紙様式3

歯科疾患在宅療養管理料に係る管理計画書

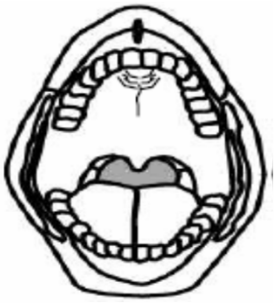
年　月　日

患者氏名	（ふりがな）	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）

【全身の状態】

1	基礎疾患	1．なし　2．あり　（疾患名：　）
2	服　薬	1．なし　2．あり　（薬剤名：　）
3	肺炎の既往	1．なし　2．あり　3．繰り返しあり
4	低栄養リスク（体重の変化等）	1．なし　2．あり　3．不明

【口腔内の状態】

			特記事項があれば記載
1	口腔衛生の状況	1．良好　2．不良　3．著しく不良	
2	口腔乾燥	1．なし　2．軽度　3．重度	
3	う　蝕（むし歯）	1．なし　2．あり　治療の緊急性 □なし　□あり	
4	歯周疾患	1．なし　2．あり　治療の緊急性 □なし　□あり	
5	口腔軟組織疾患	1．なし　2．あり　治療の緊急性 □なし　□あり	
6	義歯（入れ歯）の使用状況	上　顎　1．総義歯　2．部分床義歯　3．義歯なし 義歯製作・修理・調整等の必要性　□なし　□あり 下　顎　1．総義歯　2．部分床義歯　3．義歯なし 義歯製作・修理・調整等の必要性　□なし　□あり	
7	咬合接触（臼歯部）（義歯での咬合を含む）	1．あり（片側・両側）　2．なし	

【口腔機能等】

1	口腔咽頭機能	舌の運動	1. 良好　2. やや不良　3. 不良
		頬、口唇の動き	1. 良好　2. やや不良　3. 不良
		開口量	1. ３横指　2. ２横指　3. １横指以下
		軟口蓋の動き（/ア/発声時	1. 良好　2. やや不良　3. 不良
2	咀嚼運動	1．通常の咀嚼が可能　2．下顎および舌の上下運動 3．下顎の上下運動のみ　4．ほとんど下顎の動きがない	
3	構音機能	発音の状況	1. 明瞭　2. 不明瞭な音あり　3.不明瞭
4	頸部可動性	頸部可動域	1. 制限なし　2. 少し動く　3. 不動
5	食事摂取状況	座位保持	1. 良好　2. やや不良　3. 不良
		むせ	1. なし　2. 液体で時々あり　3. 頻繁にあり
		経管栄養	1. なし　2. あり　a)胃ろう　b) 経鼻　3. その他 └→ 1)一部経口摂取あり　2)経口摂取なし
		水分	1. トロミなし　2. トロミあり　3. 禁
		食形態	1. 常食　2.常食（一口大）　3.軟菜食（ソフト食）　4. 刻み食 5.嚥下調整食（具体的に　）　6. その他（　）

【口腔清掃状況等】

1	口腔清掃の状況	1. 自立　2. 一部介助　3. 全介助	
2	うがいの状況	口腔内での水分の保持	1. 可能　2. 困難　3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう　5. 口から出る
		含嗽（ブクブクうがい）	1. 可能　2. 困難　3. 不可能→むせ 4. 飲んでしまう　5. 口から出る

【管理方針等】

別紙様式３の２

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（歯科医師）

令和　　年　　月　　日

情報提供先事業所
担当　　殿

医療機関名
医療機関所在地
電話番号
FAX 番号
歯科医師氏名

基本情報

利用者氏名	（ふりがな） 明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）	男・女	〒　　－ 連絡先　　（　　）

利用者の病状、経過等

（１）情報提供の目的

（２）病状、経過等
- ☐ 口腔衛生状態不良
- ☐ う蝕等
- ☐ 歯周病
- ☐ 口腔粘膜疾患（潰瘍等）
- ☐ 義歯の問題（☐ 義歯新製が必要な欠損　☐ 義歯破損・不適合等）
- ☐ 摂食・嚥下機能の低下
- ☐ 口腔乾燥
- ☐ その他（　　）
- ☐ 配慮すべき基礎疾患（　　）

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

（１）必要な歯科治療
☐ う蝕治療　☐ 冠・ブリッジ治療　☐ 義歯の新製や修理等
☐ 歯周病の治療　☐ 口腔機能の維持・向上　☐ その他（　　）

（２）利用すべきサービス
☐ 居宅療養管理指導（☐ 歯科医師、☐ 歯科衛生士）　☐ その他（　　）

（３）その他留意点
☐ 摂食・嚥下機能　☐ 誤嚥性肺炎　☐ 低栄養　☐ その他（　　）

（４）連携すべきサービス
☐ 特になし　☐ あり（　　）
→必要な支援（　　）

利用者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

（１）利用者の日常生活上の留意事項

（２）社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 ☐ 特になし ☐ あり
（　　）
→　必要な支援（　　）

（３）特記事項

別紙様式４

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本の受取側

病理標本の受取側の医療機関名：	
担当歯科医：　　科　　殿	依頼日：　　年　　月　　日

標本の送付側

病理標本の送付側の医療機関名：		
所在地：		
電話番号：	歯科医師氏名：	提出医サイン：
標本作製の場所：院内・院外（施設名称：　　標本番号：　　）		
患者氏名：　　（フリガナ）		性別：男・女
患者住所		
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日（　　歳）	職業：（具体的に　　）電話番号：	
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解：有・無		
傷病名：		
臨床診断・臨床経過：		
肉眼所見・診断（略図等）：		
病理材料のマクロ写真と切り出し図（鉗子生検等は除く）：		
採取日又は手術日：　　年　　月　　日		
提出臓器とそれぞれの標本枚数：1.　　2.　　3.　　その他		
既往歴：		
家族歴：		
感染症の有無：有（　　）・無		
治療情報・治療経過：		
現在の処方：		
病理診断に際しての要望：		
備考：		
病理診断科使用欄：病理診断科ID □口腔病理診断管理加算１　□口腔病理診断管理加算２　□標本作製料　□口腔病理診断料 □免疫染色等（　　）		

※手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

（別紙様式５）

初診時の標準的な問診票の項目等

医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定する保険医療機関は、当該医療機関の受診患者に対する初診時問診票の項目について、以下を参考とすること。

○　マイナ保険証による診療情報取得に同意したか
○　他の医療機関からの紹介状を持っているか
○　本日受診した症状について
　・・・症状の内容、発症時期、経過　等
○　現在、他の医療機関に通院しているか
　・・・医療機関名、受診日、治療内容　等
○　現在、処方されている薬があるか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、直近１ヶ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能※）
　・・・薬剤名、用量、投薬期間　等
○　これまでに大きな病気にかかったことがあるか（入院や手術を要する病気等）
　・・・病名、時期、医療機関名、治療内容　等
○　この１年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診したか（マイナ保険証による情報取得に同意した患者については、記載を省略可能※）
　・・・受診時期、指摘事項　等
○　これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがあるか
　・・・原因となったもの、症状　等
○　現在、妊娠中又は授乳中であるか（女性のみ）
　・・・妊娠週数　等

※マイナ保険証により取得可能な情報については、令和４年９月上旬現在の状況

なお、問診票の項目とは別に、以下の内容についても問診票等に記載すること。

○　当該医療機関は、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めている医療機関（医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関）であること。
○　マイナ保険証により正確な情報を取得・活用することで、より質の高い医療を提供できるため、マイナ保険証を積極的に利用いただきたいこと。

（記載例）

当院は診療情報を取得･活用することにより､質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得･活用するため､マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報･システム基盤整備体制充実加算（初診時）　加算１　４点　加算２　２点（マイナ保険証を利用した場合）

別紙様式６

（主治の歯科医師→患者）

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿殿

歯科麻酔管理料届出保険医療機関
名称
所在地
歯科医氏名

歯科麻酔管理料提供文書

麻酔後等に、急に容態の変化があった場合に迅速な対応ができるように、以下の医療機関と連携しています。

（１）連携保険医療機関

①　名称	
②　所在地	
③　担当医氏名	
④　調整担当者氏名	
⑤　緊急連絡先	

（２）連携保険医療機関

①　名称	
②　所在地	
③　担当医氏名	
⑤　調整担当者氏名	
⑥　緊急連絡先	

（３）連携保険医療機関

①　名称	
②　所在地	
④　担当医氏名	
⑤　調整担当者氏名	
⑥　緊急連絡先	

〔記載上の注意〕

１　担当医氏名について、連携保険医療機関において担当する者が歯科医師の場合は、担当歯科医氏名を記載すること。

別紙様式7

歯科矯正相談における結果報告書様式

患者氏名:		年齢・性別: 歳 か月 男・女	
検査日: 年 月 日		学校歯科健診の実施日または通知日: 年 月	
ヘルマンの歯齢	□ⅠA:乳歯未萌出期 □ⅡA:乳歯萌出完了期 □ⅢA:第一大臼歯、前歯萌出完了期 □ⅢC:第二大臼歯萌出開始期 □ⅣC: 第三大臼歯萌出開始期	□ⅠC:乳歯萌出開始期 □ⅡC:第一大臼歯、前歯萌出開始期 □ⅢB:側方歯群交換期 □ⅣA:第二大臼歯萌出完了期 □ⅤA:第三大臼歯萌出完了期	
検査項目および所見（実施した項目および該当する項目は✓または〇で囲んでいます）	エックス線写真	□デンタル	□パノラマ □セファロ
	写真	□口腔内	□顔面
	顔面（正面）	□左右対称	□左右非対称
	顔面（側面）	□正常	□凸型（上顎が出ている）
		□凹型（下顎が出ている）	
	歯型の模型	□あり	□なし
	かみ合わせの異常	□あり	□なし（経過観察を含む ） ↳ □反対咬合(受け口) □上顎前突(出っ歯) □開咬(上下の前歯が開いている) □その他（ ）
	歯並びの異常	□あり	□なし（経過観察を含む ） ↳ □叢生 □その他（ ）
	永久歯の先天欠如	□あり	□なし □不明
		↳ □前歯	□小臼歯 □大臼歯
	萌出に問題のある永久歯	□あり	□なし
		↳ □前歯	□小臼歯 □大臼歯
	口の機能の問題	□あり	□なし
		↳ □口の習癖 □咀嚼 □嚥下 □発音 □呼吸 □その他（ ）	
保険診療の対象となる疾患	□あり・疑いあり(疾患名:) ※□なし		
	※☑なしの場合でも、精密検査を行っていないため確定診断ではありません。		
結果	□上記項目で「☑あり・疑いあり」の場合は、保険適用の可能性がありますので、施設基準を取得している専門医療機関をご紹介いたします。 （紹介医療機関名: ） □今後、矯正治療が必要になる可能性があります。なお、現時点では保険適用ではありませんので、自費診療になります。		

※上記は 年 月時点での診断結果です。今後、お子様の成長や発育に伴って、将来的に歯並びやかみ合わせ等が変わり矯正治療が必要になる場合があり、この場合は、再度精密な検査・診断が必要になります。

保険医療機関名（担当歯科医師）: （ ）