

2010年4月以降の「歯科疾患管理計画書」（初回用）の取り繕いについて

2010年3月21日 全国保険医団体連合会

2010年4月 歯科診療報酬改定で新たに、「歯科疾患管理計画書」（初回用）に「**歯科疾患と全身の健康の関係**」を記載することが追加されました。現行の保団連発行の「歯科疾患管理計画書」（初回用）に、以下の内容を加筆してご使用ください。算定方法、カルテ記載などについては、「2010年改定の要点と解説」を確認ください。

◆追加項目の記載例

歯科疾患と全身の関わり（投薬中の薬による歯肉肥厚との関係）

〔お口の健康管理のために〕 (初回)

※治療と継続的な管理を受けられる方は太枠内を記入してください
説明を受けたあとに左下の□にチェックを入れてください

_____年 月 日

氏名	性別	男・女	年齢	歳
【現在のお口の中の状況】 痛みについて <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない 歯肉の出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【全身の状態】 <input type="checkbox"/> 糖尿病 () <input type="checkbox"/> 高血圧症 (/) <input type="checkbox"/> 心疾患 () <input type="checkbox"/> 肝疾患(B型・C型・その他) () <input type="checkbox"/> 妊娠(ヶ月) <input type="checkbox"/> その他() かかりつけ医療機関()				
【服薬状況】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: _____)				
【生活習慣の状況】 ① 1日の歯磨きの回数 _____回 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 就寝前) ② 補助清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> フロス(糸楊枝) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ③ 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> しない ④ 飲みもの <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 (cc) <input type="checkbox"/> ジュース (cc) <input type="checkbox"/> その他 (cc) ⑤ 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/日) ⑥ 睡眠時間 約 _____時間			【改善目標】 ① _____回 ② () ③ () ④ () ⑤ () ⑥ ()	

口腔内の状態

歯・歯肉の状態・検査結果

- ・ 歯肉の炎症 なし あり
- ・ 歯石 なし あり
- ・ 歯の動揺 なし あり
- ・ 歯周ポケット(4mm以上) なし あり
- ・ 骨吸収 なし あり

治療予定

- むし歯治療
- 歯周病の治療
- 被せもの
- ブリッジ
- 義歯
- その他

治療期間 _____週 ()回で約 ()ヶ月程度

保険医療機関名 _____

担当歯科医師名 _____

追加項目

歯科疾患と全身の関わり (_____)

上記の説明を受けました (患者さんチェック欄)

(参考) 厚生労働省が通知で示している管理計画書(初回用)の様式例は次の通りです。

厚生労働省保険局医療課長・歯科医療管理官より、地方厚生(支)局医療課長等あて、保医発0305第1号(平成22年3月5日)「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添2(歯科診療報酬点数表に関する事項)の別紙様式1

別紙様式1

歯科疾患管理料に係る管理計画書(初回用)

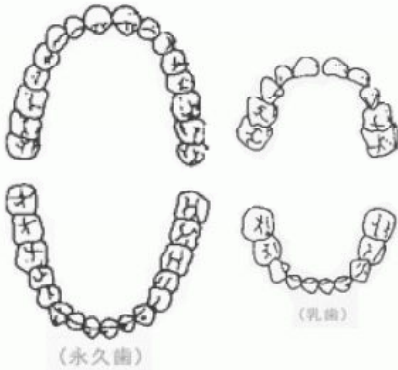
[患者記入欄]

年 月 日

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
問診	【全身の状態(該当項目の□にチェック)】 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> その他()		
	【服薬歴】薬剤名()		
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】		
	・1日の歯磨きの回数 () 回 ・歯磨きの時間 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> その他() ・間食の取り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> しない ・歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ・喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去に有り ・睡眠時間 <input type="checkbox"/> 不足 <input type="checkbox"/> やや不足 <input type="checkbox"/> 十分 ・歯磨き方法 <input type="checkbox"/> 習ったことがない <input type="checkbox"/> 習ったことがある ・その他()		

[保険医療機関記入欄]

年 月 日

【口腔内の状況】 義歯装着 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  (永久歯) (乳歯)	【歯周組織検査の概要】 ・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"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 正常 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・歯の痛み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・その他()
	【画像診断結果の概要】 ・歯の支持骨吸収 <input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 無 ・その他の特記事項() 【プラーク付着状況】 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少ない 【その他の留意点】 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 構音機能 【歯科疾患と全身の健康との関係】 ()
【改善目標事項】 <input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 飲料物の習慣 <input type="checkbox"/> 間食の習慣 <input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> その他()	
【治療の予定】 <input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周疾患治療 <input type="checkbox"/> 被せ物 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他()	
【治療期間】 約()週・月 ()回程度	

この治療と管理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。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。

上の図の、太枠と矢印で示した部分が今回、変更された箇所です。