

東京都障害者歯科医療連携 診療情報提供書

資料2-4

記入日	年 月 日	(令和2年9月15日開催ワーキンググループ資料)
◆ 医療機関情報 (該当する項目に✓をつけて下さい)		
紹介先 _____ 様		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 口腔清掃指導 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 齲蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯作成 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下 <input type="checkbox"/> 全麻・鎮静法 <input type="checkbox"/> 他 (_____)	
	自由記載 _____	
◆ 患者情報 (該当する項目に✓をつけて下さい)		
フリガナ 患者氏名	_____	
生年月日	年 月 日 年齢	歳 ヲ月 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
障害名	<input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 知的能力障害 <input type="checkbox"/> Down症候群 <input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	服薬状況 <input type="checkbox"/> 有 (お薬手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無	
既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他の留意すべき疾患 → (_____) <input type="checkbox"/> 無	
	付き添い → <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 無	
◆ 患者情報に関する自由記載		

◆ 障害の程度 (該当する項目に✓をつけて下さい)		
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 (下記から選択してください) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級	
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
療育手帳 (愛の手帳)	<input type="checkbox"/> A (1度・2度) <input type="checkbox"/> B (3度・4度)	
(重度 ← ※全手帳とも左側が重度で右側が軽度 → 軽度)		
歩行状態	→ <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 要介助	
ユニットへの移乗	→ <input type="checkbox"/> 介助なしで移乗可 <input type="checkbox"/> 介助があれば移乗可 <input type="checkbox"/> ユニットに移乗不可	
座位の保持	→ <input type="checkbox"/> ユニットに座って診療可 <input type="checkbox"/> じっとして座れない	
◆ コミュニケーションについて (該当する項目に✓をつけて下さい)		
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な言葉のみ <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 目で見たいもの (絵カード、ジェスチャー等) で可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
◆ 患者の特性について (該当する項目に✓をつけて下さい)		
歯科診療の協力度	<input type="checkbox"/> 歯科診療に協力可 <input type="checkbox"/> 絵カード、説明ツールを利用して診療可 <input type="checkbox"/> 体動のコントロールが必要 <input type="checkbox"/> 歯みがき程度はできるが治療は困難 <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> まったくできない <input type="checkbox"/> 開口器の使用 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> ライトが苦手 <input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 特定の味が苦手 → (苦手な味: _____) <input type="checkbox"/> 触られることが苦手 → (部位: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
病院名・歯科医師名 _____		
tel: _____	mail: _____	

裏面に記載事項あり

◆ 特記事項

< 歯式 > 不明

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8							
				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E									
上							右									左						
下							下									上						
				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E									
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8							

- < 記入例 >
- 健全歯： /
 - 未処置歯： C
 - 処置歯： ○
 - 要補綴歯： △
 - 欠損補綴歯： ⊙

< 歯科診療で困ったこと、特別な配慮、治療経過等 >

診療情報提供書（記載例）

記入日	年 月 日
◆ 医療機関情報（該当する項目に✓をつけて下さい）	
紹介先	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 口腔清掃指導 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 齲蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯作成 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下 <input type="checkbox"/> 全麻・鎮静法 <input type="checkbox"/> 他（ 自由記載
◆ 患者情報（該当する項目に✓をつけて下さい）	
フリガナ	
患者氏名	
生年月日	年 月 日 年齢 歳 カ月 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
障害名	<input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 知的能力障害 <input type="checkbox"/> Down症候群 <input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> その他（ 自由記載
服薬状況	<input type="checkbox"/> 有（お薬手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> 無
既往歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨疾患 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他の留意すべき疾患 →（ <input type="checkbox"/> 無
付き添い	→ <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 介助者 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 無
◆ 患者情報に関する自由記載	
◆ 障害の程度（該当する項目に✓をつけて下さい）	
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有（下記から選択してください） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級
精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
療育手帳（愛の手帳）	<input type="checkbox"/> A（1度・2度） <input type="checkbox"/> B（3度・4度） （ 重度 ← ※全手帳とも左側が重度で右側が軽度 → 軽度 ）
歩行状態	→ <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 要介助
ユニットへの移乗	→ <input type="checkbox"/> 介助なしで移乗可 <input type="checkbox"/> 介助があれば移乗可 <input type="checkbox"/> ユニットに移乗不可
座位の保持	→ <input type="checkbox"/> ユニットに座って診療可 <input type="checkbox"/> じっとして座れない
◆ コミュニケーションについて（該当する項目に✓をつけて下さい）	
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 簡単な言葉のみ <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 目で見たいもの（絵カード、ジェスチャー等）で可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他（ 自由記載	
◆ 患者の特性について（該当する項目に✓をつけて下さい）	
歯科診療の協力度	<input type="checkbox"/> 歯科診療に協力可 <input type="checkbox"/> 絵カード、説明ツールを利用して診療可 <input type="checkbox"/> 体動のコントロールが必要 <input type="checkbox"/> 歯みがき程度はできるが治療は困難 <input type="checkbox"/> 暴れる <input type="checkbox"/> まったくできない <input type="checkbox"/> 開口器の使用 <input type="checkbox"/> その他（ 自由記載
感覚過敏	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 音が苦手 <input type="checkbox"/> ライトが苦手 <input type="checkbox"/> においに敏感 <input type="checkbox"/> 特定の味が苦手 →（苦手な味： <input type="checkbox"/> 触られることが苦手 →（部位： <input type="checkbox"/> その他（ 自由記載
病院名・歯科医師名	
tel:	mail:

基本情報

障害者歯科医療に係る情報

東京都障害者歯科医療連携 診療情報提供書について

◆こちらの診療情報提供書は、障害者歯科医療における一次歯科医療機関と高次歯科医療機関との相互の連携を図るため、作成いたしました。
 ◆上段の太い黒枠で囲われた部分は、「基本情報」を記載する欄となっており、下段の細い枠で囲われた部分は「障害者歯科医療に関する情報」を記載する欄となっております。障害者歯科医療に関する情報につきましては、特に高次歯科医療機関から一次歯科医療機関へ紹介する際の、患者の特性を予め確認できる情報として活用していただくことを想定しております。

「基本情報」について

ご紹介いただく患者様の基本情報となりますので、できるだけご記入ください。

患者情報に関する自由記載について

障害や既往歴など、「患者情報」に関して、紹介先歯科医療機関へ特に知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください。

「障害者歯科医療に係る情報」について

患者様が歯科診療を受診するにあたり、歯科医療機関がどのような配慮をするとよりスムーズに歯科診療を受けられるかを事前に知る手がかりとして活用いただく情報となります。
 把握している限りで構いませんので、患者様の歯科受診に係る際の状況等をチェックボックス又は「その他」の欄を活用しご記載下さい。
 また、こちらの項目になく、紹介先歯科医療機関に予め伝えておきたい事項や、必要とする特別な配慮等がある場合は、別途記載できるよう、裏面に自由記載欄を設けております。あわせてご使用ください。

「療育手帳（愛の手帳）」に関して

療育手帳は交付元の地方自治体によって、名称と等級が異なり、東京都版療育手帳は「愛の手帳」といいます。等級は、国が定める「A（重度）」「B（それ以外）」という区分をもとに、交付自治体によって、区分を細分化している場合もあります。
 そのため、東京都障害者歯科医療連携診療情報提供書では、国が要領で定めている「A（重度）」と「B（それ以外）」という区分に基づき、チェックボックスを設けるとともに、「愛の手帳」での区分が「A（重度）」「B（それ以外）」のどちらに当たるかわかりやすいよう、かっこ書きで記載しております。

裏面は、患者様の口腔内状況の自由記載となっております。

表面に記入したこと以外で、障害先歯科医療機関に予め伝えておきたい内容や、治療経過・必要とする特別な配慮などをご記載いただけます。
 また、歯式の記入欄も設けておりますので、治療経過等記載する場合に適宜ご活用ください。

裏面に記載事項あり