

経口移行・経口維持計画 医師・歯科医師指示書

氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年 月 日
協力歯科医療機関名 ()		
算定が必要と思われる加算 <input type="checkbox"/> 経口移行加算 <input type="checkbox"/> 経口維持加算 (I) <input type="checkbox"/> 経口維持加算 (I) 及び (II)		
摂食・嚥下機能検査の実施 ※経口移行加算を算定する場合は記入不要 <input type="checkbox"/> 水飲みテスト <input type="checkbox"/> 頸部聴診法 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 咀嚼能力・機能の検査 <input type="checkbox"/> 認知機能に課題あり (検査不可のため食事の観察にて確認) <input type="checkbox"/> その他 ()		検査実施日 年 月 日
検査実施者 : <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士/栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員		
検査結果や観察等を通して把握した課題の所在		<input type="checkbox"/> 認知機能 <input type="checkbox"/> 咀嚼・口腔機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能
医師・歯科医師 所見	経管栄養から経口栄養摂取にむけ、栄養の管理及び支援が必要である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	引き続き経管栄養からの栄養摂取を継続することが望ましい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	経管栄養から静脈栄養に切り替えることが望ましい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	継続して経口による食事の摂取をすすめるための特別な管理が必要である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	摂食機能障害及び誤嚥はみられない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
特記事項		
医師のサイン及び指示日		年 月 日
歯科医師のサイン及び指示日		年 月 日