

【歯科訪問診療計画・訪問衛生指導指示書】

初診日 平成 年 月 日

カルテNo.

・患者氏名 (男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生

・住所 〒 -

・電話 () FAX ()

〔 在宅 施設入所中 〕 介護保険サービス利用〔 有 無 〕

【患者さんについての医療・介護情報】

○ ケアマネージャー(氏名) (事業所)

Tel

Fax

○ 基礎疾患 ・高血圧 (/) ・リウマチ 有 無 ・パーキンソン病 有 無
・糖尿病 ・脳卒中(麻痺: 両側 右 左)・その他

○ 服薬情報 ☆抗凝固剤使用 (無・有)

◆ 要介護度 (自立・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5)

◆ 認定期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

◆ 日常生活自立度 (障害高齢者自立度)

自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
----	----	----	----	----	----	----	----	----

(認知症高齢者自立度)

自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
----	---	-----	-----	------	------	----	---

①歯科訪問診療計画

 歯科治療

(義歯・齲蝕・歯周病・歯内・根尖嚢腫・その他)

《内容》

 医学管理・指導

《訪問頻度》 回 / 週・月・年 《訪問期間》 約 日・週・月・年

②口腔衛生指導指示書

 訪問歯科衛生指導 居宅療養管理指導

1) 《訪問頻度》 回 / 週・月・年 《訪問期間》 約 日・週・月・年

2) 指導内容 ■ 口腔ケアを要する部位 (歯・歯肉・義歯補綴物・粘膜・舌)

■ 指導の要点

記入日 平成 年 月 日

歯科医師名

訪問歯科衛生士名

歯科疾患在宅療養管理料に係わる管理計画書

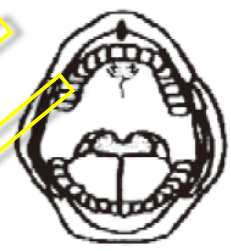
平成 年 月 日

フリガナ			男・女	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)
患者氏名						

【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
5	食事形態	1 普通食	2 介護食 3 非経口

【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1 良好	2 不良	3 著しく不良	特記事項があれば記載 
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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	歯周疾患	1 なし	2 あり	治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5	口腔軟組織疾患	1 なし	2 あり	治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	
		下顎 : 1 総義歯	2 部分床義歯	3 義歯なし	
7	臼歯部での咬合(義歯での咬合を含む)	1 あり (片側 ・ 両側)	2 なし	義歯制作(修理等)の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

【口腔機能管理】(口腔機能管理加算に係わる管理計画)

1	口腔機能	舌機能	1 良好	2 やや不良	3 不良				
		頬、口唇機能	1 良好	2 やや不良	3 不良				
		軟口蓋機能	1 良好	2 やや不良	3 不良				
2	構音機能	パの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭				
		タの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭				
		カの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭				
3	咀嚼運動	1 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能	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				
4	食形態	1 常食	2 軟菜食	3 刻み食	4 とろみ付き刻み食	5 ミキサー食	6 流動食	7 ゼリー	8 その他
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	1 ない	2 ある→胃ろう	3 経鼻	4 その他			
		座位保持	1 良好	2 やや不良	3 不良				
		顎部可動性	1 十分	2 不十分	3 不可				
		開口保持	1 可能	2 困難	3 不可能				
		口腔内での水分の保持	1 可能	2 困難	3 不可能 → むせ				
		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						
		4 飲んでしまう	5 口から出る						

【管理方針等】

① 治療期間約() 日・週・月・年	② 治療頻度約()回 / 週・月・年
③ 治療の予定 <input type="checkbox"/> 虫歯治療	<input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他

※私は当説明書の内容について説明を受け、同意し交付を受けました。	利用者 同意サイン
----------------------------------	--------------

【 歯科医院 ➡ 担当ケアマネージャー、保健師様 】

【居宅療養管理指導に係わる情報提供書】

宛 先	事業名 _____ 様	発 信 元	医院名 _____
	氏 名 _____ 様(宛)		氏 名 _____ (発信)
	所在地 _____		所在地 _____
	TEL _____		TEL _____
	FAX _____		FAX _____
	E-mail _____		E-mail _____

患者名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
 (住所 _____ 電話 _____)

・初(再)診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	・訪問頻度 _____ 回
・診療予定期間: _____ 日 ・週 _____ ・月 _____ ・年 _____	

◆歯科治療の必要性: なし あり

<input type="checkbox"/> 虫歯治療	<input type="checkbox"/> 技工
<input type="checkbox"/> 義歯関係	<input type="checkbox"/> 修理、改床 <input type="checkbox"/> 新製
<input type="checkbox"/> 歯周病	<input type="checkbox"/> 消炎治療 <input type="checkbox"/> 歯石除去
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能療法	
<input type="checkbox"/> 歯内治療	

◆口腔ケアの必要性: なし あり

<input type="checkbox"/> 口腔清掃・清掃指導
<input type="checkbox"/> 義歯清掃・清掃指導
<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能訓練

◆病状経過 ◆介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等 ◆日常生活上の留意事項

◆報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 医院名 _____ 歯科医師名: _____ 歯科衛生士名: _____

_____ 住所 〒 _____

_____ TEL _____ FAX _____

年 月分 実地指導記録簿 / 報告書 (以下の指導等を行いました)

訪問先: _____ 主訴: _____

患者氏名 _____ 様 性別 _____ 歳 _____ カルテNo _____

実施日時	口腔内所見	実地指導要点
年 _____ 月 _____ 日 _____ : (:)	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良・悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他 _____	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 療養に関する事項 _____ 主治医確認・指示: _____

実施日時	口腔内所見	実地指導要点
年 _____ 月 _____ 日 _____ : (:)	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良・悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他 _____	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 療養に関する事項 _____

実施日時	口腔内所見	実地指導要点
年 _____ 月 _____ 日 _____ : (:)	<input type="checkbox"/> 食物残渣・フ <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他 _____	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他 _____

実施日時	口腔内所見	実地指導要点
年 _____ 月 _____ 日 _____ : (:)	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良・悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他 _____	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 療養に関する事項 _____



大切に保管して下さい

第1条（サービスの目的及び内容）

- 1 当医院（事業者）は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供する。
- 2 サービス内容の詳細は、重要事項説明書に記載する。

第2条（当医院の方針）

1. 地域の皆様が安心し、安全に暮らせ、高い自己実現に向かって生活できる環境をつくる。
2. 利用者及び家族の主体性や価値観を常に重んじる。
3. 質の高いサービスの責任を持って提供し、利用者及び家族が満足し信頼を得るよう努める。

第3条（当医院の概要）

歯科医院名			
代表者名			
所在地			
電話・FAX	電話		FAX
居宅介護事業所名			
代表者名			
所在地			
電話・FAX	電話		FAX

第4条（当医院の職員体制）

診療所管理者	名（歯科医師兼務）			
歯科医師	名	（常勤	名	非常勤
歯科衛生士	常勤	名	非常勤	名
歯科助手・受付・他	常勤	名	非常勤	名

（運営基準を満たした上で、職員数が増減することがあります）

（職務内容）

歯科助手は、歯科医師の補助業務を行う。

歯科医師は、歯学に基づいて傷病の予防、診断および治療を行う。

歯科衛生士は、歯科医師の直接の指導の下に、歯牙及び口腔の疾患の予防処置を行う。

歯科助手は、歯科医師の補助業務を行う。

受付は、外来患者の受付業務を行う。

第5条 (通常のサービスの提供日と時間)

平日	午前	～	午後
休憩時間		～	

土曜	午前	～	午後
休憩時間		～	

- ・ 休診日
- ・ 利用者の身体状況や介護状況に応じて適宜対応する。

下記に記す場合には、事前に利用者へ連絡・調整のうえ訪問日を変更する場合がある。

※ 地震、災害等で交通機関が停止した場合や、道路が使用できない状態等の時、台風や荒天時等、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情のある場合。

※ 訪問日が祝日に当たり、歯科医師等の人員の関係により訪問診療が困難な場合。

第6条 (歯科訪問診療の内容)

- 1 歯科治療
- 2 口腔ケア
- 3 居宅療養管理指導

第7条 (サービス利用料及び利用者負担金)

- 1 介護保険のサービス利用料はおよそ次のとおり。
(1ヵ月ごとの計算では、1円未満の端数で一致しない場合がある。)
- 2 利用者負担金はサービス利用料の1割 (一部法令により2割負担) とする。(1円未満切捨て)

介護報酬

イ 歯科医師 (月2回を限度)	居宅療養管理指導料 (単数)	同 指導料 (複数)
	503単位	452単位
ロ 歯科衛生士	居宅療養管理指導料	352単位 同一建物居住者以外 (単数)
	居宅療養管理指導料	302単位 同一建物居住者 (複数)

- 3 歯科訪問診療に要した交通費は、実費を徴収することとする。
- 4 利用者負担金は、サービスを行った日に徴収することとする。

第8条 (事故時の対応等)

- 1 当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行う。
- 2 当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録する。
- 3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償する。ただし、当医院の故意又は過失によらないときは、この限りではない。

第9条（通常のサービス提供地域）

- 1 通常の歯科訪問診療の実施地域は、診療所から16キロメートル以内とする
- 2 サービス提供地域外（保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合）の場合、これらのサービスを提供することはできない。なお、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合はこの限りではない。

第10条（その他運営についての留意事項）

- 1 当医院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間及び契約終了後に限らず、これを保持する。
- 2 当医院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとする。
- 3 この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めるものとする。

重要事項説明書

1 法人・事業所・医院の概要

歯科医院名			
所在地	〒		
介護保険事業者番号			
管理者			
連絡先	電話	FAX	

2 医院の職員体制

診療所管理者	名（歯科医師兼務）			
歯科医師	名	常勤	非常勤	名
歯科衛生士	名	常勤	非常勤	名
歯科助手・受付・他	名	常勤	非常勤	名

（運営基準を満たした上で、職員数が増減することがあります）

3 通常のサービスの提供日と時間

平日	午前	:	～	午後	:	土曜	午前	:	～	午後	:
----	----	---	---	----	---	----	----	---	---	----	---

- ・ 休診日： 曜日・ 曜日・ 祝日
- ・ 利用者の身体状況や介護状況に応じて適宜対応をいたしております。

※地震、災害等で交通機関が停止した場合や、道路が使用できない状態等の時、台風や荒天時等、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情で、訪問できない場合もあります。

※訪問日が祝日に当たる場合は、歯科医師等の人員の関係で、事前に連絡・調整のうえ祝日前後に振り替えて訪問させて頂く場合がありますので、ご理解をお願い致します。

4 サービス利用料及び利用者負担金

- (1) 介護保険のサービスで利用者から頂く利用者負担金はおよそ次のとおりです。
 (1ヵ月ごとの計算では、1円未満の端数で一致しない場合があります)

利用者負担金につきましては法令に準じます (1割負担・2割負担)

介護報酬 (利用者負担金1割の場合)

歯科医師	居宅療養管理指導料 (単数)	同 指導料 (複数)
月2回限度	同一建物居住者以外 503 単位	同一建物居住者 452 単位
歯科衛生士	居宅療養管理指導料 352 単位	同一建物居住者以外 (単数)
	居宅療養管理指導料 302 単位	同一建物居住者 (複数)

(2) サービス提供地域外（保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合）の場合、これらのサービスを提供することはできません。なお、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合はこの限りではありません。

(3) 歯科訪問診療に要した交通費は、実費をいただきます。

(4) 利用者負担金は、サービスを行った日に頂くこととさせていただきます。

5 サービスの中止（キャンセル）

(1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに下記の連絡先にご連絡下さい。

・連絡先 電話番号 歯科医院
・連絡時間 午前 : ~ 午後 : (平日)

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけ早くご連絡下さい。

6 当歯科医院の理念（サービスの方針）

- 1 地域の皆様が安心し、安全に暮らせ、高い自己実現に向かって生活できる環境をつくります。
- 2 利用者及び家族の主体性や価値観を常に重んじます。
- 3 質の高いサービスの責任を持って提供し、利用者及び家族が満足し信頼を得るよう努めます。

7 相談窓口及び苦情対応

○サービスに関する相談や苦情は、下記の窓口で対応いたします。

診療所名	歯科医院	電話
管理者	歯科医師名	FAX

対応時間は午前 時 ~ 午後 時です。

○住所地の各区役所（サービス課介護保険担当）においても、苦情の申し出等ができます。

○ 国民健康保険団体連合会（国保連）にも苦情の申し出ができます。

住所 〒

電話

8 事故時の対応等

- 1 当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行います。
- 2 当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。

3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、当医院の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

【説明確認欄】

居宅療養管理指導サービスの提供に当たり、上記のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日

(事業者) _____

説明者 _____ 印

私は、契約書および本書式により、上記記載説明者より、重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____

(家族代筆人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

立 会 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

居宅療養管理指導契約書
個人情報使用同意書

SAMPLE

利用者氏名 _____ 様

歯科診療所名：

平成 年 月 日現在

居宅療養管理指導契約書

_____様（以下、「利用者」といいます）と事業者（以下、「当医院」といいます）は、当医院が利用者に対して、居宅療養管理指導について次のとおり契約します。

第 1 条（サービスの目的及び内容）

1 当医院は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供します。

2 サービス内容の詳細は、【別紙 1】重要事項説明書に記載のとおりとします。

第 2 条（契約の有効期間）

1 この契約の有効期間は、平成 年 月 日から平成 年 月 日までの利用者の要介護認定期間または要支援認定期間満期日とします。

2 有効期間満了日の 7 日前までに、利用者から契約更新を行わない旨の意思表示がない場合には、当医院が利用者に対し契約更新の意思を確認し、契約は自動更新されるものとします。

3 利用者が有効期間満期日までに更新を行わない旨の意思表示をしない場合には、本契約は同じ条件で更新されるものとし、以降も同様とします。この場合において、本契約の有効期間は要介護・要支援更新認定有効期間を限度とします。

第 3 条（個別サービス計画）

1 当医院は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、個別サービスに従って計画的にサービスを提供します。報告書はケアマネ及び保健師に交付します。

2 当医院は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望し、その変更が居宅サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能な場合には、速やかに計画の変更等の対応を行います。

3 当医院は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、速やかに居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）への連絡調整等の援助を行います。

第 4 条 (サービス提供の記録)

- 1 当医院は、サービスを提供したときは、あらかじめ定めた書面に、提供したサービス内容等の必要事項を記入します。
- 2 当医院は、第 1 項の記録書の書面を作成した後 5 年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

第 5 条 (利用者負担金及びその滞納)

- 1 サービスに対する利用者負担金は、【別紙 1】重要事項説明書に記載するとおりとします。ただし、契約の有効期間中、介護保険法等の関係法令の改正により利用者負担金の改定が必要となった場合には、説明のうえ改定後の金額を適用するものとします。
- 2 利用者が正当な理由なく当医院に支払うべき利用者負担金を 3 ヶ月分以上滞納した場合には、当医院は 1 ヶ月以上の相当な時期を定めてその支払いを催告し、期間満了までに支払わないときに限り、文章により契約を解除することができます。
- 3 当医院は、前項の催告をした後、契約を解除するまでの間に、居宅サービス計画を作成した居宅サービス事業者(居宅介護支援事業者)と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

第 6 条 (利用者による解約)

利用者は 1 週間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解約することができます。

第 7 条 (当医院の解除)

当医院は、利用者の著しい不信行為によりこの契約を持続することが困難となった場合には、その理由を記載した文章を交付することにより、この契約を解除することができます。この場合には、当医院は居宅サービス計画を作成した居宅サービス事業者(居宅介護支援事業者)にその旨を連絡します。

第 8 条 (契約の終了)

利用者が介護老人保健施設等に入所し、又は要介護認定・要支援認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスが提供できなくなった場合には、この契約は終了するものとします。この場合には、当医院は速やかに利用者及び居宅サービス事業者(居宅介護支援事業者)にその旨を通知します。

第9条（事故時の対応等）

1 当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行います。

2 当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。

3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、当医院の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

第10条（秘密保持）

1 当医院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。

2 当医院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

第11条（苦情対応）

1 利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）の居宅介護支援専門員、各区役所又は地域国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。

2 当医院は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

3 当医院は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として不利益な取扱いをすることはありません。

第12条（契約外事項等）

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を尊重して、利用者と当医院の協議により定めます。

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施される下記居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）のサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

2 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画に定められた事業者）

区分（支援・サービス）	所在地	事業者名
居宅介護（歯科）		

3 使用する期間

居宅療養管理指導契約書 第2条（契約の有効期間）に準ずる。

4 条件

- 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

平成 年 月 日

居宅サービス事業者
(居宅介護支援事業者)

様