

平成 18 年 8 月 30 日

カルテットユーザー様各位

株式会社 デンタルハート

医療事業部

TEL : 0956-20-1345

FAX : 0956-20-1212

8月バージョンアップのご案内

拝啓、貴院様にはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より格別のお引き立て頂き厚くお礼申し上げます。

今回のバージョンアップの内容は下記の通りです。

- 診療報酬制度の改正によって、「医療内容の分かる領収書」の発行が医療機関に義務づけられました。平成 18 年 10 月より完全に義務化されます。これに伴い、明細書付き領収書の書式を変更いたします。

領 収 証									
患者番号	氏 名			診 療 年 月 日					
000002	長崎 雄太 様			平成18年8月29日					
受診科	領収書No	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区 分			
歯科	200808290002	平成18年8月29日	国保	10%	家族				
保 険	初・再診料	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬	注 射		
	38 点	100 点	点	点	点	点	点		
	リハビリ料	処 置	手 術	麻 酔	その他	歯科矯正			
	点	10 点	点	点	点	点			
保 険 外 負 担	選定療養等	その他			保 険		保 険 外 負 担		
					合 計	2,280 円	円		
	(内訳)	(内訳)			負担額	680 円	円		
					領収額合計		円		
カルテット 歯科医院 長崎県佐世保市日守町682 Tel. 0956-20-1345									
領収印									

サンプル例

また、3種類の印刷が可能になっております。

- 新フォーマット (未収金表示なし)
- 新フォーマット (未収金表示あり)
- 旧フォーマット (未収金表示あり)

- レセプト OCR エリアのうち 2 行目の記号欄及び番号欄には被保険者証の記号・番号の数字を右詰に印刷することに対応します。

- レセプト OCR エリアへの患者の生年月日の月日を印字することに対応します。(新仕様)

- 提供文書機能の追加

8種類の診療文書出力ができます。(別紙参照)

敬具

提供文書のサンプル

歯の治療に関する継続的な説明のお知らせ

長崎 雄太 様

発行日：平成19年9月29日
歯科疾患総合指導書に係る文

実施年月日	平成19年9月29日
病名	歯周炎(歯周炎)
●口腔内の状況	<ul style="list-style-type: none"> ●歯牙の状況 <ul style="list-style-type: none"> むし歯(虫歯)60をきむ 腐質 歯状欠損 歯根露出 ●歯肉の状況 <ul style="list-style-type: none"> 良好 出血 腫脹 発赤 ●清掃の状況 <ul style="list-style-type: none"> 非常に良好 良好 平常 非常に不良 ●その他
●治療計画	ブラッシング指導 予防のためのフッ素入り歯磨剤の使用 フロッシングの指導、フッ素塗布 その他
●治療内容	
管理科目	
治療内容	
継続管理	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
継続的歯面清掃	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (促進歯科衛生士署名)
備考	
保険医療機関名	カルテオ歯科医院 所在地 長崎県佐世保市日守町882 電話番号 TEL:0958-20-1345
担当歯科医師名	
私印	
私印、上記の説明を交へ、継続管理計画に基づく歯科疾患総合指導書に同意し患者様署名	署名年月日 年 月

お口の中の衛生状態についてのお知らせ

長崎 雄太 様

発行日：平成19年9月29日
歯科口腔衛生指導書に係る文

実施年月日	平成19年9月29日
病名	むし歯 歯周炎(歯周炎)
●口腔内の状況	<ul style="list-style-type: none"> ●歯牙の状況 <ul style="list-style-type: none"> むし歯(虫歯)60をきむ 腐質 歯状欠損 歯根露出 ●歯肉の状況 <ul style="list-style-type: none"> 良好 出血 腫脹 発赤 ●清掃の状況 <ul style="list-style-type: none"> 非常に良好 良好 平常 非常に不良 ●その他
●治療計画	ブラッシング指導 予防のためのフッ素入り歯磨剤の使用 フロッシングの指導、フッ素塗布 その他
●治療内容	
管理科目	
治療内容	
継続管理	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
継続的歯面清掃	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (促進歯科衛生士署名)
備考	
保険医療機関名	カルテオ歯科医院 所在地 長崎県佐世保市日守町882 電話番号 TEL:0958-20-1345
担当歯科医師名	
私印	
私印、上記の説明を交へ、継続管理計画に基づく歯科疾患総合指導書に同意し患者様署名	署名年月日 年 月

歯科疾患総合指導書についてのお知らせ

長崎 雄太 様

発行日：平成19年9月29日
歯科疾患総合指導書に係る文

初診日	平成19年7月20日
主訴	<input type="checkbox"/> 痛いところがある (歯体) <input type="checkbox"/> 気になるところがある (歯体) <input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い (調整希望) <input type="checkbox"/> 修理希望 <input type="checkbox"/> 新装希望 その他
症状	
検査	<input type="checkbox"/> レントゲン検査 <input type="checkbox"/> 歯周組織検査 <input type="checkbox"/> 口腔検査 <input type="checkbox"/> 他
歯周炎	<input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> 歯周炎(歯周炎) <input type="checkbox"/> その他
治療計画	<input type="checkbox"/> 歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> 歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> かぶせる治療 <input type="checkbox"/> 入れ歯を修理 <input type="checkbox"/> 入れ歯を作る その他
治療内容	<input type="checkbox"/> 歯周炎について <input type="checkbox"/> 入れ歯について <input type="checkbox"/> 治療の進捗状況の報告 <input type="checkbox"/> その他
治療期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 半年以上
治療頻度	<input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 週に1回程度 <input type="checkbox"/> 月に1回程度 <input type="checkbox"/> 他
説明資料	<input type="checkbox"/> 口腔内写真 <input type="checkbox"/> 模型 <input type="checkbox"/> 歯磨剤など <input type="checkbox"/> 他
すべての歯科治療の同意の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
※上記治療計画は現時点で考えられるもので、経過によって変更する可能性がある	
継続的歯面清掃	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (促進歯科衛生士署名)
衛生士指導内容	<input type="checkbox"/> 実施指導と同じ <input type="checkbox"/> その他
保険医療機関名	カルテオ歯科医院 所在地 長崎県佐世保市日守町882 電話番号 TEL:0958-20-1345
担当歯科医師名	
私印	
私印、上記の説明を交へ、一連の治療計画に基づく歯科疾患総合指導書に同意し患者様署名	署名年月日 年 月

装着した補綴物についてのお知らせ

長崎 雄太 様

発行日：平成19年9月29日
補綴物修繕管理科に係る文書

装着日	平成19年9月29日
部位	上顎
●今回治療した冠・ブリッジ	
備考	
説明は、冠・ブリッジに付し2年間の継続的歯面清掃を行っております。これは装着した冠やブリッジを少しでも長く使用するために必要です。平歯が磨かれ歯肉が赤くなる場合があります。歯の健康を保つためには、まず歯の汚れをなくすることです。歯の汚れ(歯垢)は、放置すると歯垢となり、ブラッシングでは取り除くことができません。歯垢は歯周炎の原因となり、また根元から歯肉になる原因ともなります。今回の治療が最終的な見直しによる衛生生活にも関わり、口の中を清潔にして、90歳まで平均の歯を残すようにしましょう。	
保険医療機関名	カルテオ歯科医院 所在地 長崎県佐世保市日守町882 電話番号 TEL:0958-20-1345
継続管理	
私印	
私印、上記の説明を交へ、継続管理計画に基づく歯科疾患総合指導書に同意し患者様署名	署名年月日 年 月

新しい入れ歯についてのお知らせ

長崎 雄太 様

発行日：平成19年9月29日
新設歯科管理科に係る文書

実施年月日	平成19年9月29日
大抵の状況	
●新しい入れ歯の状況	<ul style="list-style-type: none"> ●治療内容 <ul style="list-style-type: none"> 入れ歯が初めての方へ 審美的方法 取り扱い上の注意 その他の注意事項
保存	
清掃の方法	
保険医療機関名	カルテオ歯科医院 所在地 長崎県佐世保市日守町882 電話番号 TEL:0958-20-1345
担当歯科医師名	
私印	
私印、上記の説明を交へ、継続管理計画に基づく歯科疾患総合指導書に同意し患者様署名	署名年月日 年 月

補綴物の設計についてのお知らせ

長崎 雄太 様

発行日：平成19年9月29日
補綴物修繕科に係る文書

装着年月日	平成19年9月29日
病名	歯周炎 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> 歯周炎
症状	<input type="checkbox"/> 咬合の不調 <input type="checkbox"/> 咬合の不調 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫脹 <input type="checkbox"/> 咬合の不調 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫脹 <input type="checkbox"/> 歯肉の腫脹 <input type="checkbox"/> その他
管理科目	<input type="checkbox"/> 欠損部の補綴回復 <input type="checkbox"/> 咬合の不調 <input type="checkbox"/> 前歯のアンバランスの咬合 <input type="checkbox"/> 咬合の不調 <input type="checkbox"/> 咬合の不調 <input type="checkbox"/> その他
検査結果	診断結果
補綴物の設計	補綴物の方法 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 全口義歯 その他
材料	<input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> レジン <input type="checkbox"/> コバカ <input type="checkbox"/> クロム <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 白金 <input type="checkbox"/> 銀 <input type="checkbox"/> 鋼 <input type="checkbox"/> 陶器 <input type="checkbox"/> 樹脂 <input type="checkbox"/> その他
治療内容	
治療期間	<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 半年以上
保険医療機関名	カルテオ歯科医院 所在地 長崎県佐世保市日守町882 電話番号 TEL:0958-20-1345
担当歯科医師名	
私印	
私印、上記の説明を交へ、継続管理計画に基づく歯科疾患総合指導書に同意し患者様署名	署名年月日 年 月

歯周炎についてのお知らせ

福岡 太郎 様

発行日：平成19年9月29日
歯科疾患総合指導書に係る文

実施年月日	平成19年9月29日
●現在の病状と検査結果	<input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> 中等度歯周炎 <input type="checkbox"/> 重度歯周炎 歯肉マニキュアの厚さ <input type="checkbox"/> 歯肉マニキュアが2mm以内 <input type="checkbox"/> 2mm以上の歯肉マニキュア <input type="checkbox"/> 2mm以上の歯肉マニキュア
●口腔内の状況	<ul style="list-style-type: none"> ●歯牙の状況 <ul style="list-style-type: none"> むし歯(虫歯)60をきむ 腐質 歯状欠損 歯根露出 ●歯肉の状況 <ul style="list-style-type: none"> 良好 出血 腫脹 発赤 ●清掃の状況 <ul style="list-style-type: none"> 非常に良好 良好 平常 非常に不良 ●その他
●今後の治療予定	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に、十分清掃します ブラッシング指導を行います 歯垢の除去が重要です 歯肉の腫脹を抑えます 歯肉のマニキュアの厚さを減らします 歯肉のマニキュアの厚さを減らします 歯肉のマニキュアの厚さを減らします 歯肉のマニキュアの厚さを減らします 歯肉のマニキュアの厚さを減らします
●ブラッシングの改良法	<ul style="list-style-type: none"> 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう
●家庭で注意すべき事項	<ul style="list-style-type: none"> よく噛んで食べましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう 歯垢を除去しましょう
継続的歯面清掃	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (促進歯科衛生士署名)
衛生士指導内容	
保険医療機関名	カルテオ歯科医院 所在地 長崎県佐世保市日守町882 電話番号 TEL:0958-20-1345
担当歯科医師名	
私印	
私印、上記の説明を交へ、継続管理計画に基づく歯科疾患総合指導書に同意し患者様署名	署名年月日 年 月

お口の衛生指導についてのお知らせ

福岡 太郎 様

発行日：平成19年9月29日
歯科衛生士実地指導書に係る文

実施年月日	平成19年9月29日
実施時刻	時 分 時 分
●口腔内の状況	<ul style="list-style-type: none"> ●歯牙の状況 <ul style="list-style-type: none"> むし歯(虫歯)60をきむ 腐質 歯状欠損 歯根露出 ●歯肉の状況 <ul style="list-style-type: none"> 良好 出血 腫脹 発赤 ●清掃の状況 <ul style="list-style-type: none"> 非常に良好 良好 平常 非常に不良 ●その他
●治療計画	
●治療内容	
管理科目	
治療内容	
継続管理	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
継続的歯面清掃	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (促進歯科衛生士署名)
備考	
保険医療機関名	カルテオ歯科医院 所在地 長崎県佐世保市日守町882 電話番号 TEL:0958-20-1345
担当歯科医師名	
私印	
私印、上記の説明を交へ、継続管理計画に基づく歯科疾患総合指導書に同意し患者様署名	署名年月日 年 月

5. 修正、追加項目は下記の通りです。

項 目	修正、追加内容
機械的歯面清掃加算の 前回日付の摘要記載	2回目以降の機械的歯面清掃加算の算定時は前回算定日を摘要欄に記載します。
機械的歯面清掃加算の算定 お知らせ	歯科疾患総合指導、歯周疾患指導管理料、歯科疾患継続指導料を算定時に機械的歯面清掃加算を3ヶ月都度に算定するか表示します。
薬剤塗布	薬剤塗布の処置名を乳幼児齲蝕薬物塗布処置に変更
除去（ブリッジ）	B r 除去時のみ摘要入力画面の表示をします。
有床義歯調整料	新製義歯調整料を算定した翌月の有床義歯調整料を算定した場合は、新製義歯を装着した月日を摘要欄へ記載します。
その他	点数の変更など

6. 月次チェックの修正、追加は下記の通りです。

項 目	修正、追加内容
処方	処方を入力漏れのエラー動作停止
加圧根管充填加算	加圧根管充填は即充と失即充の時の算定 OK 感根即充、抜髄即充を必要処置の条件に追加
P 病名	P 病名を18歳未満で入力した場合のエラーを停止
その他	ペリオチェックなどの修正