

周術期等口腔機能管理計画書（歯科医院→紹介元および患者さん用）

依頼元

病院

科 担当医師

患者氏名	ID 番号	男・女	大正・昭和・平成	年	月	日生
手術等の予定	<input type="checkbox"/> 入院 予定日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 予定日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他（ ） 予定日 平成 年 月 日					
基礎疾患の状態	全身状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 基礎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ） 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他） ADL（日常生活動作） <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 歩行 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可					
生活習慣	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
口腔内の状態等 (現症及び手術等によって 予測される変化等)	【口腔内の状態】 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 舌炎 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 義歯の不調 <input type="checkbox"/> 歯の喪失 要治療部位 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要治療の状態または疾患名（ ） 【予測される口腔内の変化】 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口腔内感染症 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> 歯肉や口唇のしびれ <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 舌炎 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
周術期の口腔機能管理で 実施する内容	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 口腔内装置 <input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 冠（調整・除去） <input type="checkbox"/> 義歯（製作・修理・調整） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 口腔の保湿・含嗽 <input type="checkbox"/> 専門的口腔衛生処置 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
主病の手術等に係る患者の日常的 なセルフケアに関する指導方針	<input type="checkbox"/> 食後や就寝前のご自身で行う歯磨きなど口腔清掃の徹底 <input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の使用法（歯ブラシ・歯間ブラシ・フロス）指導 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥対策（状況に応じた対処法の指導） <input type="checkbox"/> 口内炎・口腔粘膜炎対策（保湿および含嗽方法の指導） <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
備 考						

平成 年 月 日 策定

歯科医療機関名：

歯科医師名：

(歯科医院→病院等紹介元への連絡用)

周術期等口腔機能管理 患者様受診報告書

平成 年 月 日

医療機関の名称

病院

科

先生御侍史

いつも大変お世話になっております。

この度は、患者様をご紹介いただきまして、
ありがとうございました。

当院を平成 年 月 日に受診されましたので、ご報告申し上げます。これより管理計画書を策定し、周術期口腔機能管理を行います。

歯科医療機関

所在地

歯科診療所名

連絡先 (TEL・FAX)

歯科医師名

(歯科医院→病院歯科への依頼用)

周術期等口腔機能管理の依頼

平成 年 月 日

医療機関の名称

病院

科

先生御侍史

いつも大変お世話になっております。

この度は、患者 _____ 様をご紹介します。

貴院 _____ 科よりご依頼をうけたまわり、術前の周術期等口腔機能管理を行いました。

つきましては、入院中の周術期等口腔機能管理をお願いいたします。

なお、周術期等口腔機能管理計画書を同封いたします。ご高診の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

・当院での周術期等専門的口腔衛生処置 2(口腔粘膜保護材の使用)の実施の有無

あり

なし

歯科医療機関

所在地

歯科診療所名

連絡先 (TEL・FAX)

歯科医師名

周術期等専門的口腔衛生処置

歯科衛生士業務記録

平成 年 月 日

患者氏名 _____

周術期等専門的口腔衛生処置 1

・口腔衛生状態

良い 普通 悪い

特記事項：

・口腔清掃器具等を用いた専門的な口腔清掃の実施

歯面に対して あり なし

舌に対して あり なし

口腔粘膜に対して あり なし

・機械的歯面清掃の実施

歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いた歯垢等の除去

あり なし

・その他：

周術期等専門的口腔衛生処置 2

・がん等の治療内容

放射線治療 化学療法

・口腔衛生状態

良い 普通 悪い

特記事項：

・口腔粘膜の状態

良い 普通 悪い

特記事項：

・口腔清掃器具等を用いた専門的な口腔清掃の実施

歯面に対して あり なし

舌に対して あり なし

口腔粘膜に対して あり なし

・口腔粘膜保護材の使用方法的説明

あり なし

・その他：

担当歯科衛生士 氏名 _____