

周術期口腔機能管理計画書

ID: _____

名前: _____ 様 (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 主病に対する治療（手術療法・放射線療法・化学療法）の予定

手術予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 未定

化学療法開始予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 未定

放射線療法開始予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 未定

その他の治療(_____) 開始予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 未定

2. 基礎疾患の状態・生活習慣

高血圧症 心臓疾患 代謝性疾患 糖尿病 胃腸疾患 肝臓疾患

腎臓疾患 肺疾患 喘息 脳血管疾患 神経疾患 精神疾患

その他(_____)

喫煙(_____ 本/日) 飲酒(_____ /日) 睡眠時間(_____ 時間/日)

3. 口腔内の状態等

【現在の状態】

口腔乾燥 口内炎・粘膜炎

舌炎

歯周炎 歯肉出血

う蝕

義歯の不調

欠損歯

その他(_____)

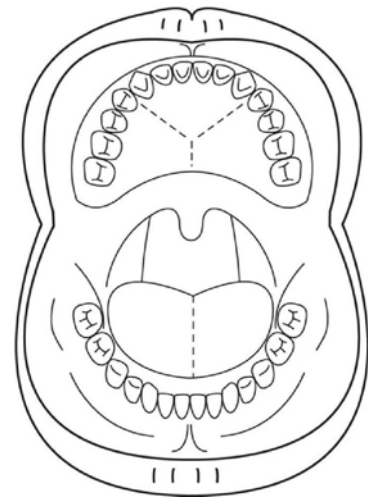
* 必要に応じて右図にもご記入ください。

【予測される変化】

口腔乾燥の悪化 口内炎・粘膜炎の悪化 舌炎の悪化 歯周炎の悪化

う蝕の悪化 義歯不適合 咀嚼障害 嚥下障害 味覚障害

その他(_____)



4. 手術前後の口腔機能の管理において実施する内容

抜歯 動揺歯の固定 う蝕の治療 歯周病の治療 義歯調整 嚥下訓練

薬剤投与(_____)

咀嚼訓練 口腔の保湿 含嗽 清掃指導 PMTC

その他(_____)

5. 日常的な口腔のセルフケアに関する指導方針について

歯磨き習慣 歯磨き指導 歯口清掃器具の使用 口腔乾燥対策

喫煙習慣 その他(_____)

その他の必要な内容(_____)

所在地および名称

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所:

電話:

歯科医院名:

歯科医師名:

印