

周術期口腔機能管理報告書

ID: _____

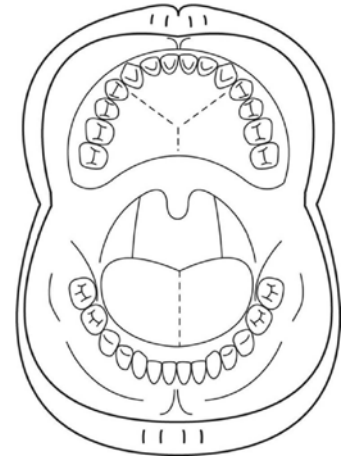
名前 _____ 様 (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 口腔内の状態の評価(現在)

口の衛生状態: 良好 普通 不良
歯肉の状態: 良好 普通 不良 (出血・はれ・発赤・痛み)
歯石や歯垢の沈着: ない 少ない 多い
歯の状態: 良好 異常あり(う蝕・動揺・鋭縁・冷痛・温痛・咬合痛)
義歯の状態: 有り なし 不適合
粘膜の乾燥: 乾燥なし やや乾燥 乾燥強い
その他(_____)

2. 実施内容

抜歯 動揺歯の固定
う蝕の治療 消炎処置
咬合調整
歯周病の治療 PMTC
義歯作製 義歯調整
咀嚼訓練
口腔の保湿
含嗽 嚥下訓練
その他(_____)
*必要に応じて図にご記入ください。



3. 指導内容

口腔管理の重要性を説明
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
喫煙習慣や飲酒等に対する指導
指導の主な要点(_____)
その他(_____)

4. その他

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