**周術期等口腔機能管理報告書**

**Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（該当に〇をつける）**

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　様　（　男　・　女　）　大正・昭和・平成　　　年　　　月　　日生 |
| 現在の口腔内の状態の評価（臨床所見・Ｘ線写真） | 口腔衛生状態　　□良　　□問題なし　　□不良口腔粘膜炎　　　□良　　□問題なし　　□不良口腔乾燥状態　　□良　　□問題なし　　□不良舌の状態　　　　□良　　□問題なし　　□不良歯肉の状態　　　□良　　□問題なし　　□不良（出血・はれ・発赤・痛み）歯石沈着　　　　□ない　□ほぼない　□少ない　□あり　□多い歯垢　　　　　　□ない　□ほぼない　□少ない　□あり　□多い歯の状態　　　　□良　　□不良（う蝕・動揺・鋭縁・痛み（冷・温）・咬合痛）不適合冠　　　　□なし　□あり　□経過観察で対応可　不適合充填物　　□なし　□あり　□経過観察で対応可義歯の使用　　　□なし　□あり（　適合　・　不適合　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）前回までとの比較　□改善している　　□改善をみとめないコメント： |
| 具体的な実施内容指導内容 | 【実施内容】□抜歯　　□動揺歯の固定　　□口腔内装置　　□う蝕処置　　□消炎処置□冠（調整・除去）　　□義歯（製作・修理・調整・床適合・管理）□歯石除去　　□歯面清掃　　□歯周ポケット洗浄　　□咬合調整　□専門的口腔衛生処置　　□口腔の保湿・含嗽□検査（レントゲン・歯周病）　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）【指導内容】□喫煙習慣や飲酒等に対する指導　　□口腔管理の重要性について説明　　　　　　　□歯磨き習慣　　□歯磨き指導　　□歯口清掃器具の指導　　□口腔乾燥に対する指導□口腔粘膜炎・口内炎に対する指導　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| その他必要な内容・提案 |  |
| 備　　　　考 |  |

記入日　令和　　　年　　　月　　　日歯科医療機関名：

歯科医師名　：