

# 周術期等口腔機能管理報告書 (I・III)

年 月 日

患者氏名

様 (男・女)

年

月

日生

## ① 口腔内の状態の評価

- 口腔衛生状態 : 良好 普通 不良 極めて不良
- 歯の状態 : 良好 むし歯あり 固定すべき歯あり 抜歯すべき歯あり
- 歯肉の状態 : 良好 歯石あり 炎症あり
- 入れ歯の状態 : なし あり ( )
- : 適合良好 適合不良 使用していない
- 粘膜・舌の変化 : なし あり ( )
- 口腔の乾燥 : なし やや乾燥 強い乾燥

## ② 実施内容

- 歯面清掃
- 粘膜・舌の清掃
- 含嗽剤 ( )
- 唾液分泌促進
- 投薬 ( )
- 義歯清掃
- 必要な歯科治療 ( )
- その他 ( )

## ③ 指導内容

- 口腔清掃について
- 清掃用具 : 歯ブラシ (軟・中・硬毛) スポンジブラシ
- 補助清掃用具 : 歯間ブラシ デンタルフロス タフトブラシ 舌ブラシ
- 歯磨剤 : 研磨剤含有 薬成分含有 水歯磨き
- うがい薬 : ( ) 口腔乾燥緩和剤 : ( )
- その他 口腔ケアの注意点 ( )
- 義歯の洗浄・保管・取り扱いについて
- その他 ( )

## ④ その他特記事項

( )

歯科医療機関 :

歯科医師 :

電話番号 :

(歯科診療所→患者様)