

周術期等口腔機能管理計画書 (I・III)

年 月 日

依頼元 病院 科 担当医師

患者氏名	(男・女)	年	月	日生
------	-------	---	---	----

① 主病の手術等の予定 (又は実績)

病名

治療予定	<input type="checkbox"/> 手術	手術予定日	年	月	日頃・未定
	<input type="checkbox"/> 化学療法	投与予定日	年	月	日頃・未定
	<input type="checkbox"/> 放射線治療	開始予定日	年	月	日頃・未定

② 現在のお体の状態・生活習慣

治療中の病気：なし あり(心臓病、心筋梗塞、脳梗塞、肝硬変、肝炎、糖尿病、高血圧症、がん(部位：)、その他()

お薬：なし あり()

歯磨き：()回/日 歯ブラシ以外の清掃用具の使用：なし あり()

喫煙：なし あり(程度：)

③ 口腔内の状態等(現症および手術等によって予想される変化等)

口腔衛生状態 : 良好 普通 不良 極めて不良

歯周病 : なし あり()

むし歯 : なし あり()

入れ歯の不具合 : なし あり()

粘膜・舌の異常 : なし あり()

手術等により予想される口腔内の変化 : なし あり()

④ 周術期等の口腔機能の管理において実施する内容

管理指導：歯みがき指導 うがい方法 舌・口腔粘膜の清掃法
保湿法 口腔リハビリ 義歯の取り扱い その他()

治療：歯周病 むし歯 抜歯 義歯 その他()

⑤ 日常的なセルフケアに関する指導方針

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 義歯の洗浄・保管・取り扱い

うがい薬：() 口腔乾燥緩和剤：()

その他 口腔ケアの注意点 ()

⑥ その他特記事項 ()

歯科医療機関：	
歯科医師：	電話番号/FAX：

(歯科診療所 → 患者様、紹介元医療機関)