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

1. 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 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)