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　□手術　　　　手術予定日　　　　年　　　　月　　　　日頃・　未定

　　　　　　□化学療法　　投与予定日　　　　年　　　　月　　　　日頃・　未定

　　　　　　□放射線治療　開始予定日　　　　年　　　　月　　　　日頃・　未定

1. 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：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

1. 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(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

1. 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(　　　　　　　　　　　　　　 )

1. 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 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）