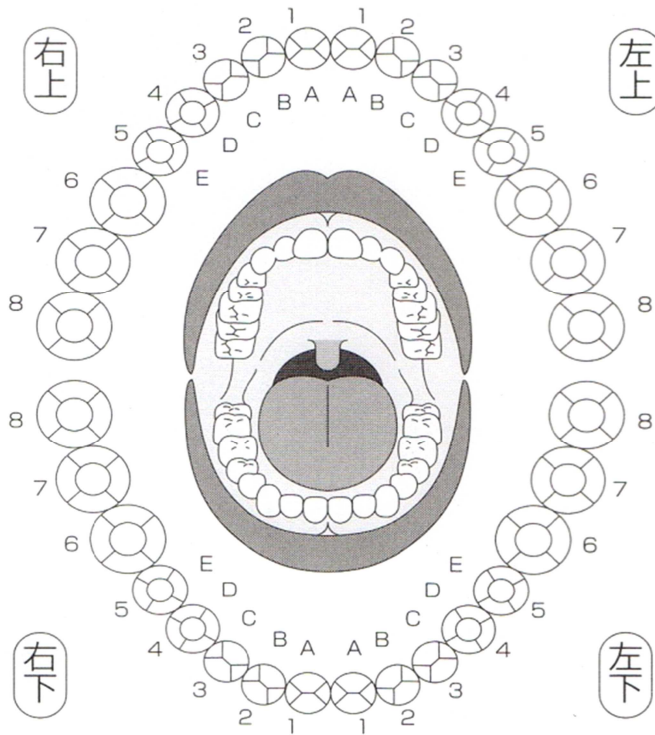


周術期等口腔機能管理報告書（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

令和 年 月 日

患者氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
------	--	-----	------	-------------------------

【口腔内の状態】



・むし歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・欠損歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・埋伏歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・歯の動揺（M2以上）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・歯石の付着	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・舌苔の付着	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・義歯の問題	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 不良	
・義歯の清掃状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 不良	
・口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・味覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
※緊急に治療が必要な場合、 <input type="checkbox"/> に◎チェックする		

【実施指導内容】

<input type="checkbox"/> 口腔内検診
<input type="checkbox"/> 歯科治療
<input type="checkbox"/> 専門的口腔ケア（スケーリング）
<input type="checkbox"/> セルフケア指導
<input type="checkbox"/> 義歯管理指導
<input type="checkbox"/> その他

保険医療機関名 _____

担当歯科医師名 _____