

周術期等口腔機能管理計画書

令和 年 月 日

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

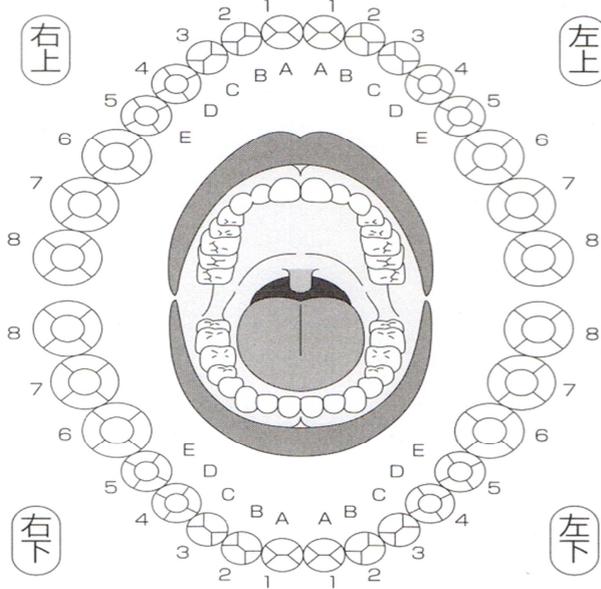
【主病名】

主病名	基礎疾患
-----	------

【主病名の治療方法】

<input type="checkbox"/> 手術	手術名：	手術日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 化学療法	薬剤名：	治療開始日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> 放射線療法	照射量：	照射開始日： 年 月 日

【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
・歯周病	<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	
※緊急に治療の必要な場合□に◎チェックする		

【周術期等口腔機能管理の実施内容と指導方針】

日付	治療（入院）前 治療開始（入院） 年 月 日	治療（入院）中 手術日 年 月 日	治療（入院）後 最終治療（退院）日 年 月 日
実施目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生管理の必要性の理解 <input type="checkbox"/> 現在の口腔内の状況を把握する。 <input type="checkbox"/> 口腔内の感染源を除去する。	<input type="checkbox"/> セルフケアを指示通りに実施し、 口腔内症状を最小限に抑える。	<input type="checkbox"/> 治療終了後の口腔再評価する <input type="checkbox"/> 治療が必要な場合は継続して治療する。
指導実施	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 義歯管理指導	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> セルフケア実施 <input type="checkbox"/> 義歯管理実施	<input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 義歯管理指導
治療項目	<input type="checkbox"/> 専門的口腔ケア <input type="checkbox"/> 義歯の調整、修理 <input type="checkbox"/> 歯科治療（応急処置） 治療内容 ()	<input type="checkbox"/> 専門的口腔ケア <input type="checkbox"/> 義歯の調整、修理 <input type="checkbox"/> 歯科治療（応急処置） 治療内容 ()	<input type="checkbox"/> 専門的口腔ケア <input type="checkbox"/> 義歯の調整、修理 <input type="checkbox"/> 歯科治療の続き 治療内容 ()
備考			

【周術期等口腔機能管理の実施内容と指導方針】

保険医療機関名 _____ 担当歯科医師名 _____