周術期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（改善すべき点あり）　□不良

　　　　　歯の状態　　　　　　：□良好　□むし歯あり　□固定すべき歯あり

　　　　　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

　　　　　粘膜の変化　　　　　：□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　口腔の乾燥　　　　　：□なし　□やや乾燥　□乾燥強い

1. ご自身で行っていただく日常的なセルフケア

　口腔清掃

　　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　□舌ブラシ　□デンタルフロス

　　　　　　　　　□タフトブラシ

　　清掃剤：□研磨剤含有　□薬成分含有　□水歯磨き

　うがい：（　　　　　　　　　　）　口腔乾燥：（　　　　　　　　　　）

　その他　口腔ケアの注意点

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 継続管理の予定

　継続的な歯科治療の必要性：□あり　□なし

　□歯周病の治療　　□むし歯の治療　　□入れ歯　　□冠

□粘膜疾患　　□口腔乾燥

歯科医療機関：

歯科医師：

電話番号：

（歯科診療所→患者・医科）　　　　　　　　　　　　　鳥取県西部歯科医師会