

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

② 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

()

③ 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)

鳥取県西部歯科医師会