

# 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・医科)

鳥取県西部歯科医師会