

周術期口腔機能管理計画書 (I. III)

年 月 日

依頼元 病院 科 担当医師

患者氏名 [男・女] 年 月 日生

① 主病の治療の予定

病名

治療予定 手術 手術予定日 年 月 日頃・未定
化学療法 投与予定日 年 月 日頃・未定
放射線療法 開始予定日 年 月 日頃・未定

② 現在のお体の状態・生活習慣

治療中の病気：なし あり（心臓病、高血圧症、糖尿病、肝炎、その他）
お薬：なし あり（
歯磨き：（ ）回 / 日 歯ブラシ以外の清掃用具の使用：なし あり（
喫煙：なし あり（

③ 口腔内の状態等（現症および手術等によって予想される変化等）

口腔衛生状態：良好 普通 不良
歯周病：なし あり（
むし歯：なし あり（
入れ歯の不具合：なし あり（
粘膜の変化：なし あり（
治療にともなう口腔内の変化：
なし あり（

④ 周術期の口腔機能の管理において実施する内容

管理指導：はみがき指導 うがい方法 舌・口腔粘膜の清掃法
保湿法 口腔リハビリ その他（
処置：歯周病 むし歯 抜歯 入れ歯
その他（

⑤ その他必要な内容

（

歯科医療機関：

歯科医師：

電話 / FAX

（歯科診療所→患者）

鳥取県西部歯科医師会