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