

周術期口腔機能管理計画書

平成 年 月 日

| | | | | | | |
|------|-----|------|---------|---|---|--------|
| 患者氏名 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 | 年 | 月 | 日 (歳) |
|------|-----|------|---------|---|---|--------|

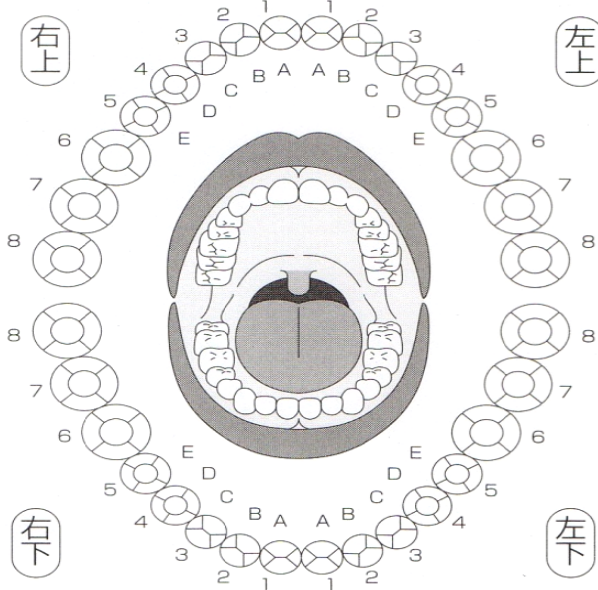
【主病名】

| | |
|-----|------|
| 主病名 | 基礎疾患 |
|-----|------|

【主病名の治療方法】

| | | | | | |
|--------------------------------|------|--------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 手術 | 手術名： | 手術日： | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 化学療法 | 薬剤名： | 治療開始日： | 年 | 月 | 日 |
| <input type="checkbox"/> 放射線療法 | 照射量： | 照射開始日： | 年 | 月 | 日 |

【口腔内の状態】



| | | |
|--------------|-----------------------------|--|
| ・むし歯 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・欠損歯 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・埋伏歯 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・歯の動揺 (M2以上) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・歯周病 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・歯石の付着 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・舌苔の付着 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・義歯の問題 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ・口腔清掃状態 | <input type="checkbox"/> 良 | <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 不良 |
| ・義歯の清掃状態 | <input type="checkbox"/> 良 | <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 不良 |

※緊急に治療の必要な場合□に◎チェックする

【周術期口腔機能管理の実施内容と指導方針】

| 日付 | 治療 (入院) 前 治療開始 (入院) 年 月 日 | 治療 (入院) 中 手術日 年 月 日 | 治療 (入院) 後 最終治療 (退院) 日 年 月 日 |
|------|--|--|--|
| 実施目標 | <input type="checkbox"/> 口腔衛生管理の必要性の理解 <input type="checkbox"/> 現在の口腔内の状況を把握する。 <input type="checkbox"/> 口腔内の感染源を除去する。 | <input type="checkbox"/> セルフケアを指示通りに実施し、 口腔内症状を最小限に抑える。 | <input type="checkbox"/> 治療終了後の口腔再評価する <input type="checkbox"/> 治療が必要な場合は継続して治療する。 |
| 指導実施 | <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 義歯管理指導 | <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> セルフケア実施 <input type="checkbox"/> 義歯管理実施 | <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 義歯管理指導 |
| 治療項目 | <input type="checkbox"/> 専門的口腔ケア <input type="checkbox"/> 義歯の調整、修理 <input type="checkbox"/> 歯科治療 (応急処置) 治療内容 () | <input type="checkbox"/> 専門的口腔ケア <input type="checkbox"/> 義歯の調整、修理 <input type="checkbox"/> 歯科治療 (応急処置) 治療内容 () | <input type="checkbox"/> 専門的口腔ケア <input type="checkbox"/> 義歯の調整、修理 <input type="checkbox"/> 歯科治療の続き 治療内容 () |
| 備考 | | | |

【周術期口腔機能管理の実施内容と指導方針】

保険医療機関名 _____ 担当歯科医師名 _____