

周術期等口腔機能管理計画書

患者氏名 _____ 様 年 月 日

歯科診療所の所在地及び名称 _____

電話番号 _____

担当歯科医師氏名 _____

印 _____

治療・手術等を行う医療機関名 _____

医療法人 春秋会 城山病院

基礎疾患の状態等 生活習慣	
主病の手術等	<input type="checkbox"/> 手術日 月 日 <input type="checkbox"/> 化学療法開始日 月 日 <input type="checkbox"/> 放射線療法開始日 月 日 <input type="checkbox"/> 緩和ケア
口腔内の状態等 現症及び手術等によって 予測される変化等	<input type="checkbox"/> 口腔内乾燥 <input type="checkbox"/> 虫歯の悪化 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 歯周病の悪化 <input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 舌炎 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
周術期の口腔機能の管理に おいて実施する内容	<input type="checkbox"/> 口腔の保湿 <input type="checkbox"/> 義歯調整 <input type="checkbox"/> 含漱 <input type="checkbox"/> 咀嚼訓練 <input type="checkbox"/> 清掃指導 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 虫歯の治療 <input type="checkbox"/> 薬剤の投与 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> プロフェッショナルケア
主病の手術等に係る 患者の日常的なセルフケア に関する指導方針	<input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 1日3回磨きましょう <input type="checkbox"/> 歯と歯ぐきの境目を磨きましょう <input type="checkbox"/> 粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> スポンジブラシを使って下さい <input type="checkbox"/> 舌の表面も清掃しましょう <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 義歯用ブラシと義歯洗浄剤を 使用してください <input type="checkbox"/> 保湿 <input type="checkbox"/> 頻繁にブクブクうがいを行いましょ
その他	