周術期等口腔機能管理報告書

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**

口腔内の状態	口腔内乾燥	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	口内炎	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	歯肉炎	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	舌炎	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	歯肉出血	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	口腔粘膜炎	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	清掃状態	☐ 良好 ☐ やや不良 ☐ 不良
	虫歯	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	歯周病	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	義歯不適合	☐ 無 ☐ 要治療
	咀嚼障害	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	嚥下障害	☐ 無 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度
	その他	
周術期の口腔機能の管理において実施する内容	☐ 口腔の保湿 ☐ 含漱指導 ☐ 本人への口腔衛生指導 ☐ 家族、職員への清掃指導 ☐ プロフェッショナルケア ☐ 義歯調整・修理 ☐ 虫歯の治療 ☐ 歯周病の治療 ☐ 薬剤の投与	
	☐ 咀嚼訓練（訓練法）	
	☐ 嚥下訓練（訓練法）	
	☐ その他	
その他		