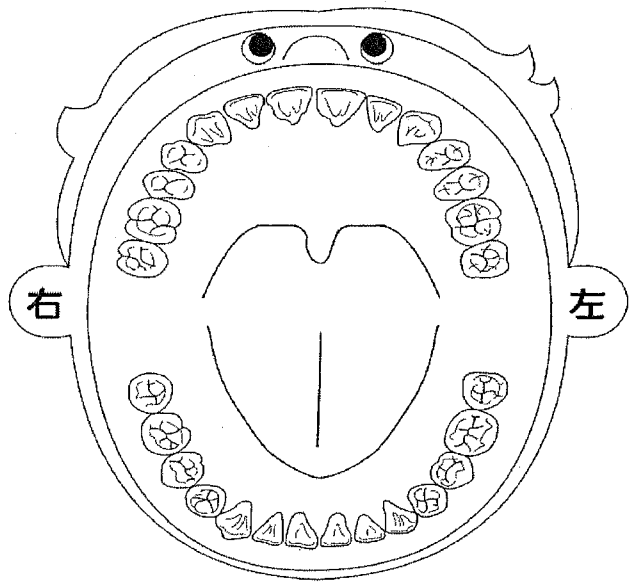


周術期口腔機能管理計画書

策定日 年 月 日

<p>患者名</p> <p>( 明・大・昭・平 年 月 日 )</p>	<p>男・女</p>	<p>基礎疾患</p>
<p>服用薬剤</p>		
<p>生活習慣</p> <p>①1日の歯磨き回数 ( )回</p> <p>②清掃器具の使用 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有( )</p> <p>③喫煙(<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有: 本/日) ④睡眠時間(約 時間)</p> <p>⑤飲酒(<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有: ml/日) その他( )</p>	 <p>◎衛生状態の評価(良・不良)</p>	
<p>口腔内の状態(現症)</p> <p>菌周組織</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・4mm以上のポケット ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> <li>・歯の動揺 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> <li>・歯肉の腫れや出血 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> <li>・プラークの付着 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> </ul> <p>歯</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・むし歯 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> <li>・根の病気 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> </ul> <p>舌・粘膜</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・舌苔 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> <li>・粘膜の異常 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> <li>・口腔内の乾燥 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> </ul> <p>義歯</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・義歯の使用 ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> <li>・義歯の汚れ ( <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 )</li> <li>・義歯の適合 ( <input type="checkbox"/>良 <input type="checkbox"/>不良 )</li> </ul>	<p>主病名</p> <p>手術予定日 年 月 日</p> <p>治療内容 ( 手術・化学療法・放射線療法 )</p> <p>術前までに実施する内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>歯周病治療 <input type="checkbox"/>むし歯治療</li> <li><input type="checkbox"/>根の治療 <input type="checkbox"/>抜歯</li> <li><input type="checkbox"/>プラークコントロール</li> <li><input type="checkbox"/>その他( )</li> </ul> <p>↓</p> <p>入院後、術前までに実施する内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/>セルフケア指導</li> <li><input type="checkbox"/>その他( )</li> </ul> <p>↓</p> <p>手術・化学療法・放射線治療</p> <p>↓</p> <p>術後に実施する内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/>セルフケア指導</li> <li><input type="checkbox"/>その他( )</li> </ul> <p>予想される変化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>味覚障害</li> <li><input type="checkbox"/>嚥下障害</li> <li><input type="checkbox"/>その他 ( )</li> </ul> <p>セルフケアの指導方針</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>ブラッシングの方法 <input type="checkbox"/>スポンジブラシの使い方</li> <li><input type="checkbox"/>舌ブラシの使い方 <input type="checkbox"/>歯間ブラシ等の使い方</li> <li><input type="checkbox"/>義歯の洗浄・保管方法 <input type="checkbox"/>清掃器具の清掃・保管方法</li> <li><input type="checkbox"/>含漱剤の使い方 <input type="checkbox"/>保湿剤の使い方</li> <li><input type="checkbox"/>その他 ( )</li> </ul> <p>その他特記事項</p> <p>保険医療機関名・担当歯科医師名</p>	