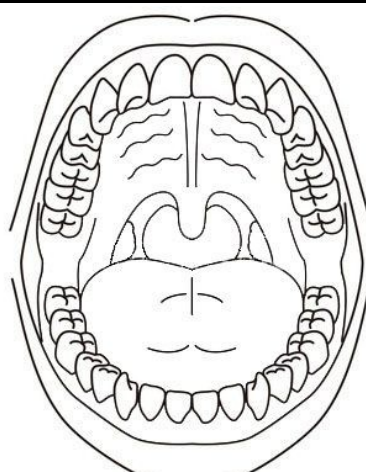


周術期口腔機能管理計画書

周計

年 月 日 発行

患者氏名	様	生年月日	M T S H	年 月 日 歳	
生活習慣について	歯磨きの回数	一日に 回			
	歯磨き用具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 洗口剤 <input type="checkbox"/> その他()			
	喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 一日()本 <input type="checkbox"/> 過去に喫煙()歳から()歳			
	飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 一日()ml 程度			
	睡眠時間	一日()時間			
現在お口の中で気になる事		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 痛いところがある <input type="checkbox"/> 腫れているところがある <input type="checkbox"/> 義歯が合わない <input type="checkbox"/> 現在治療中 かかりつけ歯科()			
原疾患	治療予定 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法				
治療日程	入院予定 月 日 手術予定 月 日				
全身状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 循環器系疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()				
歯科現症	歯周組織	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 4mm 以上のポケット <input type="checkbox"/> 歯の動揺 <input type="checkbox"/> 炎症・発赤 <input type="checkbox"/> プラークの付着			
	歯	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> むし歯 <input type="checkbox"/> 根の病気			
	舌・粘膜	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 粘膜の異常・炎症 <input type="checkbox"/> 乾燥			
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚れ <input type="checkbox"/> 持っているが使っていない			
手術等により予想される変化		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 歯の喪失 <input type="checkbox"/> 乾燥・炎症 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> その他()			
周術期口腔機能管理の内容	歯周組織	<input type="checkbox"/> 歯石除去・機械的清掃 <input type="checkbox"/> セルフケア指導 <input type="checkbox"/> 歯の固定 <input type="checkbox"/> その他の歯周治療			
	歯	<input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> 根の治療 <input type="checkbox"/> その他の歯の治療()			
	義歯	<input type="checkbox"/> 調整・修理 <input type="checkbox"/> その他の義歯の治療()			
セルフケアの方針	<input type="checkbox"/> 歯ブラシの使い方 <input type="checkbox"/> 歯間ブラシの使い方 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃方法 <input type="checkbox"/> 義歯の清掃保管方法 <input type="checkbox"/> その他()				
セルフケアの主体	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族				
入院中のセルフケア	<input type="checkbox"/> 本人で可能 <input type="checkbox"/> 家族・看護スタッフの介助が必要				
退院後の管理	<input type="checkbox"/> 当院で管理 <input type="checkbox"/> 紹介()				
退院後の歯科治療	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要				
その他の注意事項					
<input type="checkbox"/> 以上周術期口腔機能管理について説明を受け、治療に関して同意します					
患者自署 _____			<input type="checkbox"/> 家族の同意 _____		
管理計画作定保険医療機関					
医療機関名		歯科医師名		印	