歯科診療所名										
連携医番号 S -										
	_									
電話	-									
患者名前:										
入院前 連携歯科 入院前 連携歯科		年 年	月 月	日日	歯科医師 担当歯科					
入院前 検査の結果 口腔の状況はつぎのとおりです ()は選択、□は✔ を入れる										
口の衛生状態	□良好	□普i	通	□不良						
歯の状態	□良好	□虫□	歯あり	(C2以上·	根の状態	□固定する歯がある				
歯肉の状態	□良好	□歯マ	石あり			□炎症がある				
義歯の状態	□あり(上 □適合良好・				問題あり	□使用していない				
粘膜の乾燥	□乾燥なし	□\$2	や乾燥	□乾燥	強い					
施行した歯科処置の内	 I									
□ 歯周検査	<u>11</u>	□ 歯石	ī除去			1腔衛生指導				
 	子 (部位)					
□ 助揺歯回た □ う蝕処置	(自以示		本)	I	,					
□抜歯	(本)							
□ 治療回数	(回)							
□その他	()				
今後の歯科治療につい		~ N ## M	<u> </u>							
がん治療施設で継続し □ あり	レて治療・管理(□ なし	の必要性	<u> </u>							
		さい (が	ん治療	薬施設の歯 種	斗・口腔外科	斗で引き続き対応します)				
原病治療終了後、連	#	の結キの	ア以 亜州	 4-						
	者さんに退院行	**			計) [コなし				
, , , =	-か □ 了承しな	211				かかりつけ医として 入のシートあります)				
14) (上学・気がなり) よし	バング こ記パト	/c e v ·	(表囲い	□ 图 作用 <u>二</u>	上号用い元	人のシードめりまり)				

周術期口腔機能管理報告書(I):入院前 歯科衛生士による患者指導内容を記載してください

歯科衛生士による患 ^ぇ 共有してセルフケア指	会道を心がけます	却スト	∃ Н	年	H	H
口腔衛生状態(セルン		日ロノマト	- 11		/1	<u>月</u>
	プラーク付着なし	指針:セルフク	<u></u> ケア獲得	済み、	確認)	
	一部プラーク付着あり				– .	
	部分的にプラーク付着	指針:セルフ	ケア手技	変獲得か	ぶと (必要)	
□ Gr.4 不良 (2	全体的にプラーク付着	指針:セルフ	ケアの習	習慣化か	16)	
指導前セルフケアの岩	大況					
歯磨き回数 □朝		□寝る前	 □ 時	 字々	□やらな	·V
使用器具 □ハブ	ラシ□電動歯ブラシ	□デンタルフロ	ロス	コその他	<u>h</u>	
□歯間	ブラシ (□ SS □S	\square M \square L)	□スズ	ポンジフ	ブラシ	
清掃方法 ロスクラ	ラッビング法 口バス法	□水平法		垂直法		
	リング法 ロフォーン	ズ法	その他()
舌清掃 □有	□無					
7.014						
ての他						
·						
問題点	計 □有り □なし 義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用			_		
問題点 義歯について 義歯 義歯取り扱い状況	義歯ブラシの使用	□有 □有 □有		無無無無	ない	
問題点 義歯について 義歯 義歯取り扱い状況 口腔内の清掃法	義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用	□有 □有 □有 □有		無無無無	ない	
問題点 義歯について 義歯 義歯取り扱い状況 口腔内の清掃法 口腔衛生指導内容	義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用	□有 □有 □有 □有		無無無無	たい	
問題点 義歯について 義歯 義歯取り扱い状況 口腔内の清掃法 口腔衛生指導内容 口腔ケア指導	義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用	□有 □有 □有 □有 □うがい	□∰ □∰ □∰ ○のみ [無無無無	ない)	
問題点 義歯について 義歯 義歯取り扱い状況 口腔内の清掃法 口腔衛生指導内容 口腔ケア指導 歯ブラシによる清掃大	義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用 スポンジブラシの使用	□有 □有 □有 □有 □うがい	□∰ □∰ □∰ ○のみ [無 無 無 □何もし	ない	
問題点 養歯について 義権 義歯取り扱い状況 口腔内の清掃法 口腔衛生指導内容 口腔ケア指導 歯ブラシによる清掃力 歯磨き回数	義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用 スポンジブラシの使用 スポンジブラシの使用	□有 □有 □有 □有 □うがい □がい	□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□(□	無 無 無 □何もし	<i>大</i> ない)	
問題点 義歯について 義歯 義歯取り扱い状況 口腔内の清掃法 口腔衛生指導内容 口腔ケア指導 歯ブラシによる清掃大歯磨き回数 歯間ブラシの指導	義歯ブラシの使用洗浄剤の使用義歯ケースの使用歯ブラシの使用スポンジブラシの使用オンジブラシの使用「法 ロスクラッビング法□朝 ロ昼	□有 □有 □有 □有 □うがい □バス法□その □晩 □M □ L)	□ (□ (□ (□ (□ (□ (□ (□ (□ (□ (無 無 無 二何もし	<i>な</i> い)	
問題点 義歯について 義歯 義歯取り扱い状況 口腔内の清掃法 口腔体生指導内容 口腔ケア指導 歯がラシによる清掃 歯磨き回数 歯間ブラシの指導 舌清掃指導	 義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用 スポンジブラシの使用 スポンジブラシの使用 ロークラッビング法 ロークロークを ロークロークを ロークローの は、ロークローの は、ローの は、ローの	□有 □有 □有 □有 □うがい □が以 □M □ L) ブラシ □スポ	□ (無 無 無 可もし が)	
問題点 義歯について 義歯 義歯取り扱い状況 口腔内の清掃法 口腔体生指導内容 口腔ケア指導 歯ででしまる清掃 歯間ブラシの指導 舌清掃指導 粘膜の清掃指導 粘膜の清掃指導	 義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用 スポンジブラシの使用 スポンジブラシの使用 ロークラッビング法 ロークロークを ロークロークを ロークローの は、ロークローの は、ローの は、ローの	□有 □有 □有 □有 □うがい □が以 □M □ L) ブラシ □スポ	□ (無 無 無 可もし が)	
問題点 養歯について 義歯 養歯取り扱い状況 口腔 衛生指導内容 口腔 ケア指導 歯磨き 回数 歯間 ブラシの指導 舌清掃指導 粘膜の清掃指導 粘膜の指導 も	 義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用 スポンジブラシの使用 スポンジブラシの使用 「有(□ SS □ S □ ハブラシ □ 舌 スポンジブラシの □ 無 	□有 □有 □有 □有 □うがい □が以 □M □ L) ブラシ □スポ	□ (無 無 無 可もし が)	
口腔衛生指導内容 口腔ケア指導 歯ブラシによる清掃大歯磨き回数 歯間ブラシの指導	 義歯ブラシの使用 洗浄剤の使用 義歯ケースの使用 歯ブラシの使用 スポンジブラシの使用 スポンジブラシの使用 「有(□ SS □ S □ ハブラシ □ 舌 スポンジブラシの □ 無 	□有 □有 □有 □有 □うがい □が以 □M □ L) ブラシ □スポ	□ (無 無 無 可もし が)	