

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 初回受診日 年 月 日
入院前 連携歯科 治療最終日 年 月 日歯科医師名
担当歯科衛生士

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 歯石あり 炎症がある
- 義歯の状態 あり (上・下) なし
適合良好・おおむね良い 適合問題あり 使用していない
- 粘膜の乾燥 乾燥なし やや乾燥 乾燥強い

施行した歯科処置の内容

-
- 歯周検査
-
- 歯石除去
-
- 口腔衛生指導

-
- 動揺歯固定 (部位 _____)
-
-
- う蝕処置 (_____ 本)
-
-
- 抜歯 (_____ 本)
-
-
- 治療回数 (_____ 回)
-
-
- その他 (_____)

今後の歯科治療について

がん治療施設で継続して治療・管理の必要性

-
- あり
-
- なし

継続治療の内容についてご記載下さい (がん治療施設の歯科・口腔外科で引き続き対応します)

.....

.....

原病治療終了後、連携医にて治療の続きの必要性

-
- あり (患者さんに退院後に歯科受診が説明します)
-
- なし

継続した歯科処置や口腔管理など、今後も患者様のがん治療時の歯科かかりつけ医としてご対応いただけますか

-
- 了承する
-
- 了承しない

伝達事項がありましたらご記入ください (裏面に歯科衛生士専用の記入のシートあります)

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。病院内でも連携医で行われたケア指導内容を共有してセルフケア指導を心がけます。

記入日 H 年 月 日

口腔衛生状態(セルフケア)の評価

- | | | |
|-----------------------------------|--------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Gr.1良好 | (プラーク付着なし) | 指針:セルフケア獲得済み、確認) |
| <input type="checkbox"/> Gr.2概良 | (一部プラーク付着あり) | 指針:ケアのポイント指導のみ) |
| <input type="checkbox"/> Gr.3やや不良 | (部分的にプラーク付着) | 指針:セルフケア手技獲得が必要) |
| <input type="checkbox"/> Gr.4 不良 | (全体的にプラーク付着) | 指針:セルフケアの習慣化から) |

指導前セルフケアの状況

- | | | | | | | |
|-------|--|----------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 歯磨き回数 | <input type="checkbox"/> 朝 | <input type="checkbox"/> 昼 | <input type="checkbox"/> 晩 | <input type="checkbox"/> 寝る前 | <input type="checkbox"/> 時々 | <input type="checkbox"/> やらない |
| 使用器具 | <input type="checkbox"/> ハブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> デンタルフロス <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ (<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> スポンジブラシ | | | | | |
| 清掃方法 | <input type="checkbox"/> スクラッピング法 <input type="checkbox"/> バス法 <input type="checkbox"/> 水平法 <input type="checkbox"/> 垂直法 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ローリング法 <input type="checkbox"/> フォーンズ法 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 舌清掃 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| その他 | _____ | | | | | |
| 問題点 | _____ | | | | | |

義歯について 義歯 有り なし

- | | | | |
|----------|------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 義歯取り扱い状況 | 義歯ブラシの使用 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 洗浄剤の使用 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | 義歯ケースの使用 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 口腔内の清掃法 | 歯ブラシの使用 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | スポンジブラシの使用 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| | | <input type="checkbox"/> うがいのみ | <input type="checkbox"/> 何もしない |

口腔衛生指導内容

- | | | | |
|-------------|---|-------------------------------|---|
| 口腔ケア指導 | | | |
| 歯ブラシによる清掃方法 | <input type="checkbox"/> スクラッピング法 <input type="checkbox"/> バス法 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 歯磨き回数 | <input type="checkbox"/> 朝 | <input type="checkbox"/> 昼 | <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 寝る前 |
| 歯間ブラシの指導 | <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 舌清掃指導 | <input type="checkbox"/> ハブラシ | <input type="checkbox"/> 舌ブラシ | <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 無 |
| 粘膜の清掃指導 | スポンジブラシの指導 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 義歯の指導 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 残存歯の清掃指導 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 注意点 | _____ | | |

ケア連絡事項

指導時間(: ~ :)