

提供元医療機関の名称 ○○○○○○○○○○

所在地 ○○○○○○○○○○

電話○○○－○○○－○○○○(代表)

医科歯科連携専用 相談・連絡窓口:内線○○○○

歯科医師名

担当歯科衛生士名

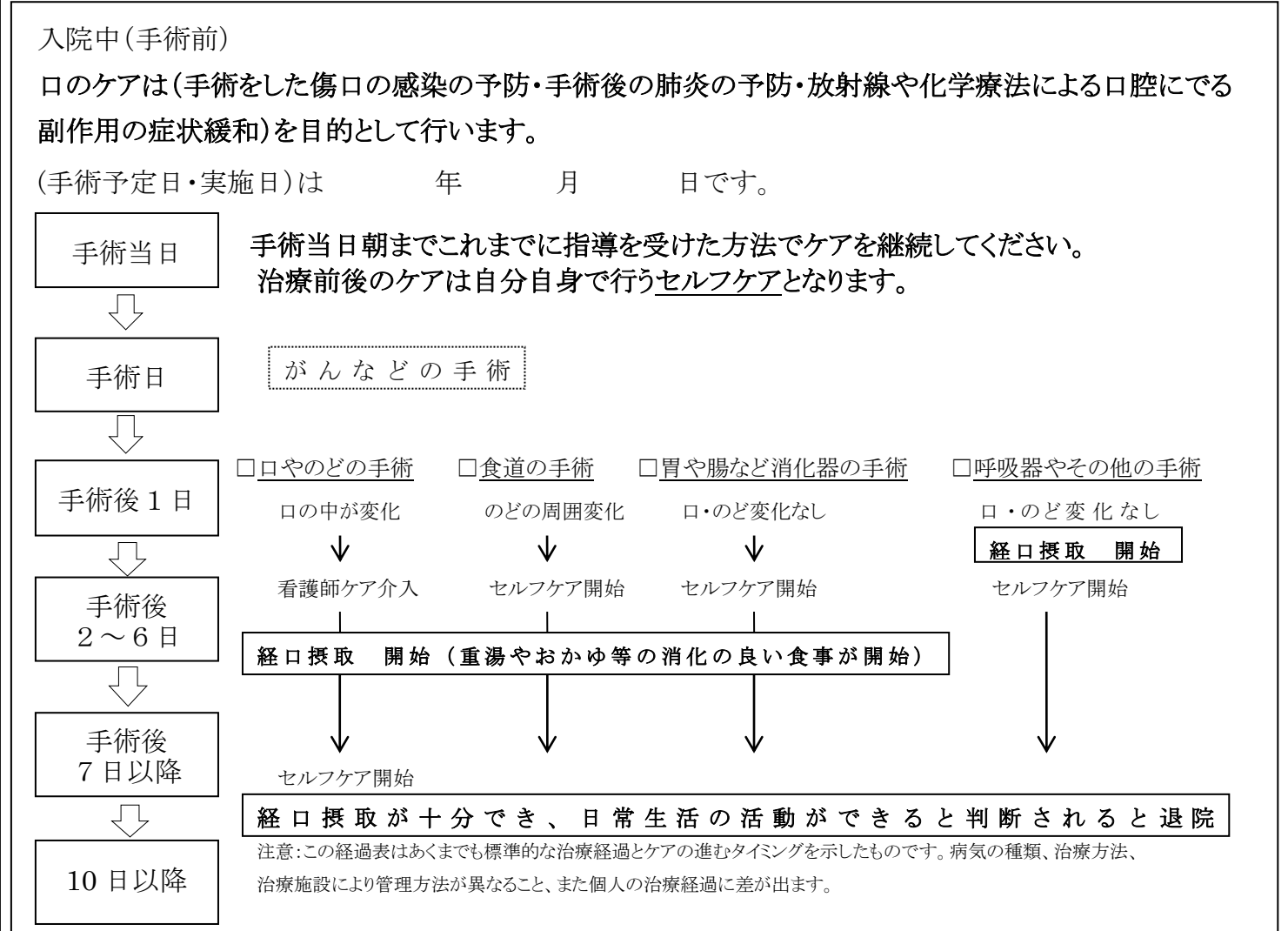
患者基本情報

ID_____

名前_____

歯科診察日（H . .）

手術の予定と入院中の口の管理について ()は選択、□は✓を入れる



手術等による口腔内の変化 今後の治療によって口の中に変化が出てくる場合が（あります・ありません）。

手術：
口の欠損部分（歯の並び・顎の骨・粘膜やその周囲・その他）
（顎のずれ・口が開かない・咀嚼しにくい・嚥下しにくい・義歯があわない）

放射線・化学療法・化学放射線療法：
（口内炎・口の乾燥・味覚の異常・カビ/ウィルスの感染・顎の感染や壊死・多数のう歯・口が開かない）

入院中の口腔管理について 入院中 手術 (☐前・☐後) ()は選択、☒は✓を入れる

(手術予定日・実施日) 年 月 日 周術期専門的口腔衛生処置実施 (あり・なし)

口腔内の状態の評価

- | | | | |
|---------|-------------------------------|---|------------------------------------|
| 口の衛生状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> やや不良 | <input type="checkbox"/> 不良 |
| 歯・歯肉の状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 異常あり(C2以上・歯石等) | <input type="checkbox"/> 炎症や要治療歯あり |
| 粘膜の乾燥 | <input type="checkbox"/> 乾燥なし | <input type="checkbox"/> やや乾燥 | <input type="checkbox"/> 乾燥強い |

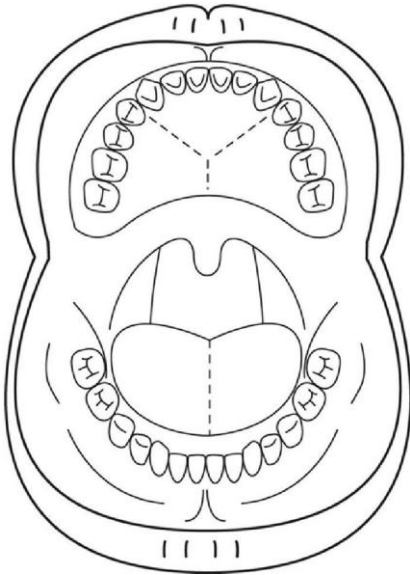
具体的な実施内容や指導内容

- ☐ 口の中は衛生的に(☐保たれています・☐保たれていません)。ケアは(☐これまで通りおこなってください・☐次のような注意が必要です)。

- ☐ 歯や粘膜に(☐異常はありません・☐異常があります)ので、ケアは(☐これまで通りおこなってください・☐次のような注意が必要です)。

- ☐ 口やのどに(☐病気・☐手術)による変化が(☐ありません・☐あります)。むせること(☐はないと思います・☐があると思います)。ケアや食事は、(☐これまで通りおこなってください・☐次のような注意が必要です)。

その他の必要な口腔ケア指導内容



指導時間(: ~ :) 担当歯科衛生士