

歯科診療所名 _____ 連携医番号 S _ _
 電話 _ _ _ _ _
 歯科医師名 _____
 担当歯科衛生士 _____

患者基本情報

ID _____ 歯科診察日 (H . .)
 名前 _____

手術後の在宅での口腔管理について

()は選択、□は✓を入れる

口腔管理は、手術をした傷口の感染の予防・手術後の肺炎の予防を目的として継続します。

手術実施日は、 年 月 日でした。

検査の結果 口腔の状況は次の通りです。

- 口の衛生状態 良好 ふつう 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

手術後におこなっていただくケアは次の通りです。

ケア時にむせないように(□注意が必要です・□特に問題ありません)

歯ブラシによる清掃方法 スクラッピング法 バス法 その他:

歯磨き回数 朝 昼 晩 寝る前

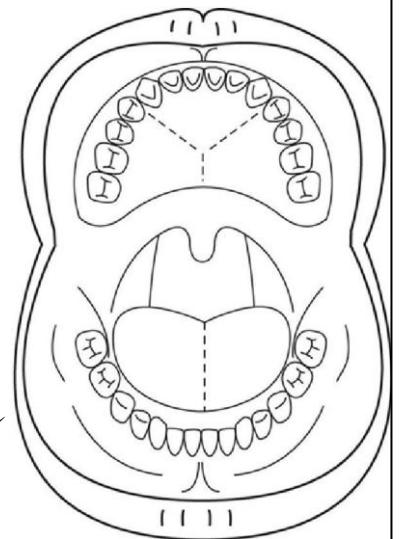
歯間ブラシの使用 有(□SS □S □M □L) なし

舌の清掃 ハブラシ 舌ブラシ スポンジブラシ なし

粘膜の清掃(スポンジブラシ使用) 有 なし

粘膜の保湿処置 有(□洗口 保湿剤・洗口液 その他) なし

継続的なう蝕予防管理処置(フッ化物塗布含む) 有 なし



口腔ケア指導:手術後の口腔管理の注意点(歯・歯肉・粘膜・義歯等のケア)

指導時間(: ~ :)