

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

歯科診療日 (H . . )

ID \_\_\_\_\_

名前： \_\_\_\_\_ (男・女) 年 月 日 生まれ 年齢 \_\_\_\_\_

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    □良好            □ふつう            □不良
- 歯・歯肉の状態   □良好            □異常あり(C2以上・歯石等)   □炎症や要治療歯あり
- 粘膜の乾燥       □乾燥なし       □やや乾燥           □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)。

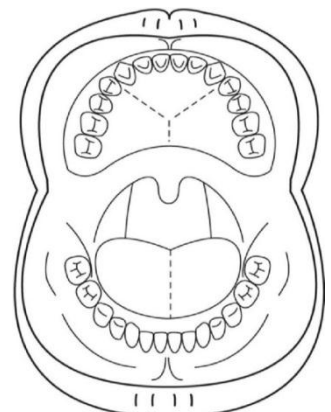
\_\_\_\_\_

- 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

\_\_\_\_\_



担当歯科衛生士

指導時間( : ~ : )