

提供元医療機関の名称 ○○○○○○○○○○○○

所在地 ○○○○○○○○

電話 ○○○-○○○-○○○○(代表)

歯科医師名

担当歯科衛生士名

患者基本情報

歯科診察日(H . .)

ID _____

名前 _____

手術の予定と入院前後の口の管理について 入院(前・後)

()は選択、□は✓を入れる

入院前

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行います。

がん治療の流れは次のとおりです。(手術予定日・実施日 年 月 日)

手術前

手術

手術後

(抗がん剤・放射線・なし) → (手術) → (抗がん剤・放射線・なし)

検査の結果 口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

手術前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

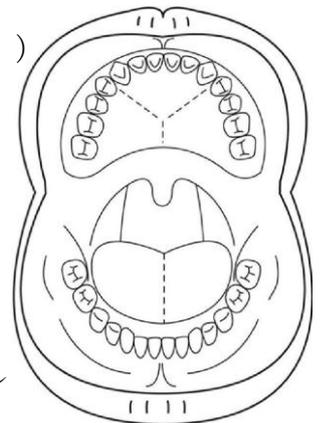
歯間ブラシの使用 有 (□SS □S □M □L) □なし

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:手術前の口腔管理の注意点(歯・歯肉・粘膜・義歯等のケア)

指導時間(: ~ :)