

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 \_\_\_\_\_

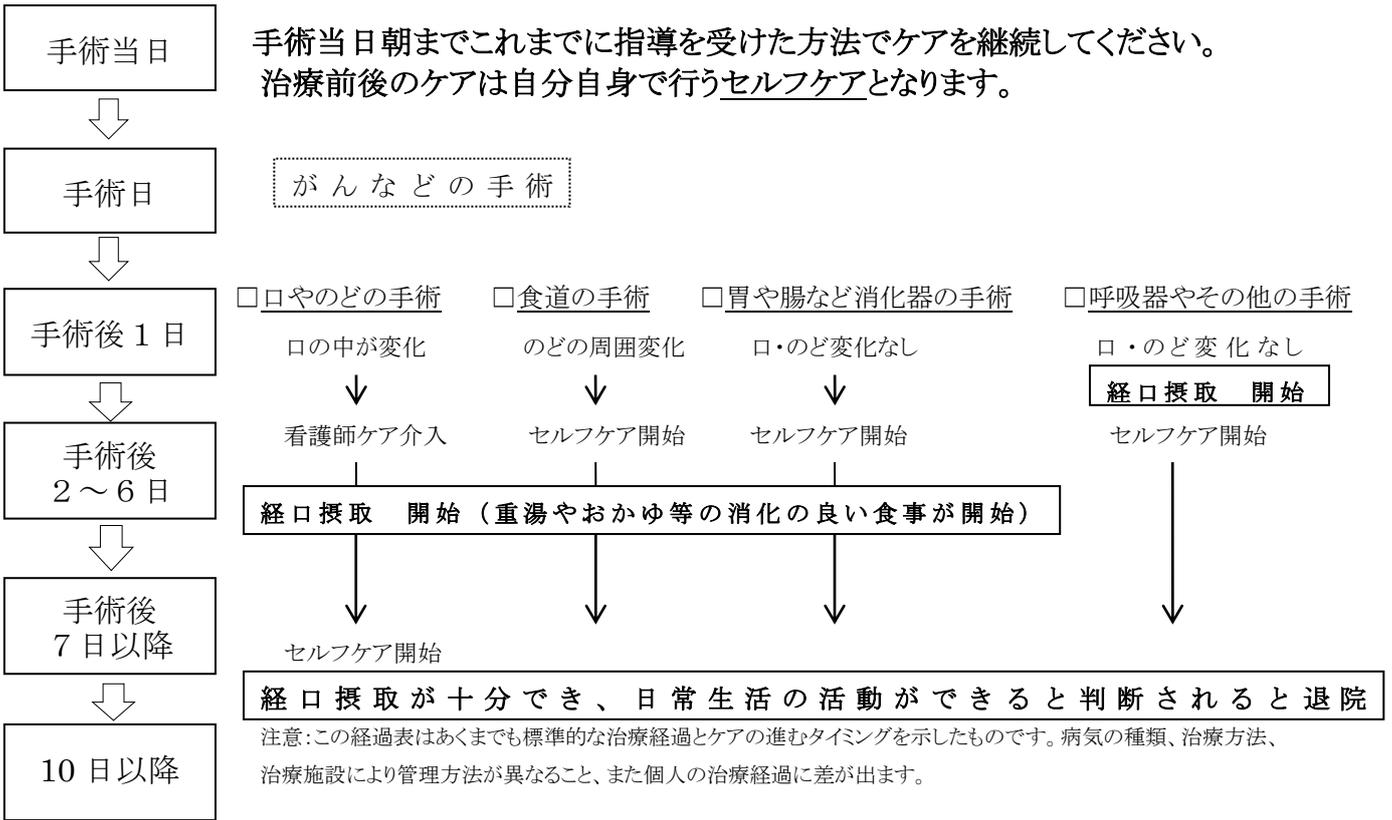
手術の予定と入院中の口の管理について

( )は選択、□は✓を入れる

入院中(手術前)

口のケアは(手術をした傷口の感染の予防・手術後の肺炎の予防・放射線や化学療法による口腔にでる副作用の症状緩和)を目的として行います。

(手術予定日・実施日)は 年 月 日です。



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      |

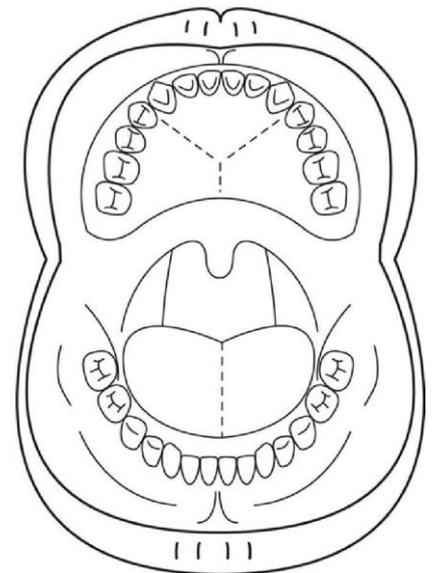
具体的な実施内容や指導内容

- 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