

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

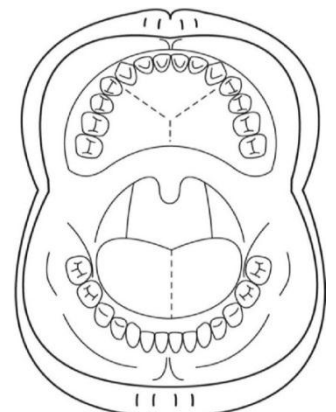
具体的な実施内容や指導内容

- 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(: ~ :)