

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 _____

手術後在宅の口の管理について

()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 口の状況は次の通りです。

- | | | | |
|--------|--|--|-----------------------------------|
| 口の衛生状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 不良 |
| 歯の状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 虫歯あり(C2以上・根の状態) | <input type="checkbox"/> 固定する歯がある |
| 歯肉の状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 歯石あり | <input type="checkbox"/> 炎症がある |
| 義歯の状態 | <input type="checkbox"/> あり(上・下) <input type="checkbox"/> なし | | |
| | <input type="checkbox"/> 適合良好・おおむね良い | <input type="checkbox"/> 適合問題あり | <input type="checkbox"/> 使用していない |
| 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 |

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

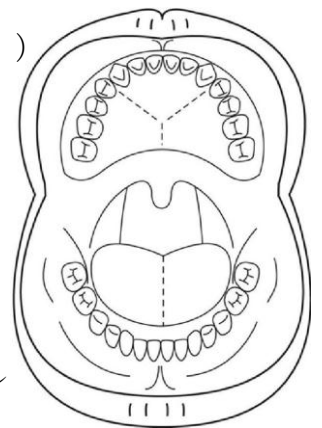
歯間ブラシの使用 有 (SS S M L) なし

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(: ~ :)