

提供元医療機関の名称 ○○○○○○○○○

所在地 ○○○○○○○○○○○

電話 ○○○-○○○-○○○○(代表)

歯科医師名

医科歯科連携専用 相談・連絡窓口：内線○○○○

担当歯科衛生士名

患者基本情報

ID _____

歯科診療日 (H . .)

名前： _____ (男・女) 年 月 日 生まれ 年齢 _____

治療に伴う口腔管理について 治療 (前・中・後)

()は選択、□は✓を入れる

(手術予定日・実施日) 年 月 日

口腔内の状態の評価

- | | | | |
|---------|-------------------------------|---|------------------------------------|
| 口の衛生状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 普通 | <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 |

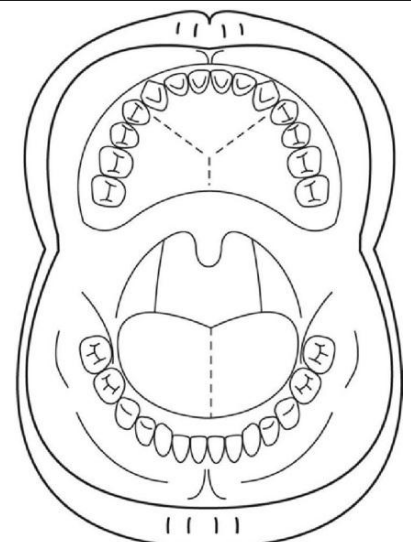
具体的な実施内容や指導内容

- 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(放射線・化学療法・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(: ~ :)