

歯科診療所名 \_\_\_\_\_

連携医番号 S - \_\_\_\_\_

電話 ○○○-○○○-○○○○

歯科医師名  
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    良好    普通    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)。

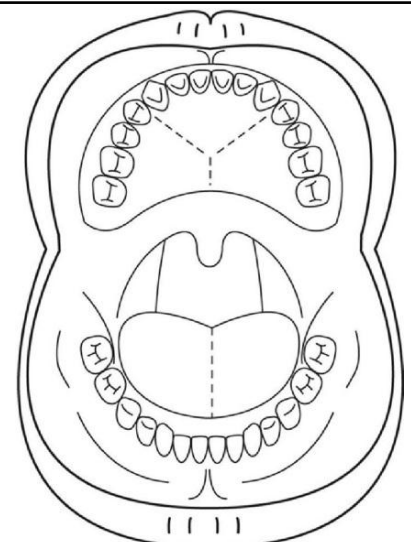
\_\_\_\_\_

- 口やのどに(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( : ~ : )