

提供元医療機関の名称○○○○○○○○○○○○○○

所在地○○○○○○○○○○○○

電話 ○○○-○○○-○○○○

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

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 _____

放射線治療・化学療法の予定と口腔管理について

()は選択、□は✓を入れる

口腔管理は(□放射線治療・□化学療法・□化学放射線治療)による副作用の症状の予防・軽減を目的として行います。

手術の(□予定日・□実施日)は 年 月 日です。

病気に対する治療予定

□手術単独 □手術前(□化学療法/□放射線療法) □手術後(□化学療法/□放射線療法)

放射線治療の内容 放射線の量 _____ Gy(グレイ)、放射線の回数 _____ 回 日数 _____ 日

放射線が口腔粘膜や歯・歯周組織周囲に当たること(□が予測されます・□は回避されるようです)

予想される口腔内の症状について

治療中: 口内炎/口腔粘膜炎・口腔乾燥・味覚の異常・カビ/ウイルスの感染

治療後: 口内炎/口腔粘膜炎・口腔乾燥・味覚の異常・カビ/ウイルス感染・顎骨の炎症・壊死
多数う歯・口が開かない

放射線治療の副作用の具体的な対処法

化学療法の内容 治療(レジメン)方法 _____ 療法: 抗がん剤名 _____ . . .

抗がん剤の投与により(予測される・でている)口腔内の症状について

治療中: 口内炎/口腔粘膜炎・味覚の異常・口腔乾燥・菌性感染症

長期治療中: 口内炎・味覚の異常・口の乾燥・歯とその周囲の歯肉の炎症・知覚過敏・ウイルスによる
口内炎・カビによる口内炎・ビスフォスフォネート剤による顎の炎症、壊死

化学療法の副作用の具体的な対処法

治療中の口腔管理について 治療（前・中・後）

（ ）は選択、□は✓を入れる

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)。

[Empty box for notes]

- 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)。

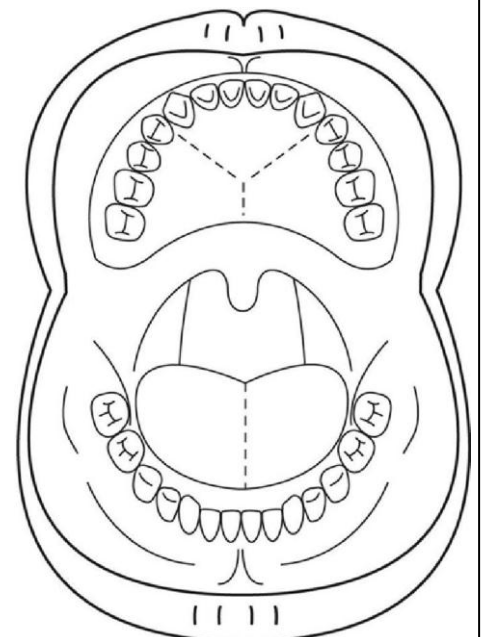
[Empty box for notes]

- 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)。

[Empty box for notes]

その他の必要な口腔ケア指導内容

[Empty box for additional instructions]



指導時間(: ~ :) 担当歯科衛生士