

# 周術期口腔機能管理計画書 (I・III)

依頼元 大崎市民病院  
 診療科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_  
 担当医 \_\_\_\_\_ 先生 \_\_\_\_\_  
 管理計画策定日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
 担当歯科医師名 \_\_\_\_\_ 印

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日
主病名		
手術等の予定	<input type="checkbox"/> 入院 予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
基礎疾患の状態	全身状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 基礎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ) アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )	
生活習慣	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
口腔内の状態等 現症及び手術等 によって予測 される変化等	【 口腔内の現症 】 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 要治療部位 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 味覚異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 その他 ( _____ ) 【 予想される口腔内の変化 】 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
周術期の 口腔機能管理 で実施する内容	<input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 虫歯に対する応急処置 <input type="checkbox"/> 動揺歯の抜歯あるいは暫間固定 <input type="checkbox"/> 義歯（製作・修理・調整・床裏装） <input type="checkbox"/> セルフケア指導 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
術前までに実施する内容	<input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 虫歯に対する処置 <input type="checkbox"/> 動揺歯に対する抜歯あるいは暫間固定 <input type="checkbox"/> 義歯（製作・修理・調整） <input type="checkbox"/> セルフケア指導 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
術後に実施する内容	<input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> セルフケア指導 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
歯科医師 からの コメント	_____ _____ _____	

計画書の作成後は、原本を患者に交付してください。併せて、写しを報告書(原本)と一緒に同封し、患者に入院時に持参するよう案内くださいますようお願いいたします。