|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **周術期口腔機能管理計画書** | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| ＩＤ |  | | | 患者氏名 | | |  | | |
| 治療・手術等を予定する医療機関名 | | | | 広島市立北部医療センター安佐市民病院 | | | | | |
| 基礎疾患の状態 | | | | | | | | | |
| 心臓病 | 高血圧症 | 糖尿病 | | 肝臓病 | | 脳疾患 | | | 腎臓病 |
| 血液疾患 | 胃腸疾患 | その他 | |  | |  | |  | |
| 生活習慣 | | | | | | | | | |
| １日の歯磨き回数　（　　）回 | | | | | | | | | |
| 歯磨きを行う時間 | | 朝食後 | 昼食後 | | | 就寝前 | | |  |
| 歯磨きの方法 | | 習ったことがある | | | | 習ったことはない | | | |
| 口腔清掃用具の使用 | | 歯ブラシ | 歯間ブラシ | | | フロス | | | その他 |
| 習慣的飲食物等 | | 炭酸飲料 | ジュース | | | 酒類 | | |  |
| 喫煙の習慣 | | 有り | 無し | | | 過去に経験 | | |  |
| 睡眠時間 | | 充分 | やや不足 | | | 不足 | | |  |
| □その他 | |  | | | | | | | |
| 主病の手術等の予定 | | | | | | | | | |
| 手術予定日　　　　　　　　　　／  化学療法開始予定日　　　　　　／  放射線療法開始予定日　　　　　／ | | | | 手術後  化学療法中  放射線療法中 | | | | | |
| 口腔内の状態等（現状及び手術等によって予測される変化等） | | | | | | | | | |
| 口腔乾燥 | 口内炎 | 舌炎 | | | 虫歯 | | 虫歯の悪化 | | |
| 歯肉出血 | 咀嚼障害 | 嚥下障害 | | | 歯周病 | | 歯周病の悪化 | | |
| 口内炎の悪化 | | その他 | | |  | |  | | |
| 周術期の口腔機能の管理において実施する内容 | | | | | | | | | |
| 口腔の保湿 | 含嗽 | 清掃指導 | | | 虫歯の治療 | | 歯周病の治療 | | |
| プロフェッショナルケア | | 咀嚼訓練 | | | 嚥下訓練 | | 薬剤の投与 | | |
| 義歯の調整・指導 | | 食事指導 | | | その他 | |  | | |
| 主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針 | | | | | | | | | |
| 歯磨き習慣 | 歯磨き指導 | 喫煙習慣 | | | 歯口清掃器具の使用 | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| その他　北部医療センター安佐市民病院入院中は、当院からの診療情報提供を受けて、北部医療センター安佐市民病院歯科・口腔外科で引き続き周術期口腔機能管理を行う予定です。 | | | | | | | | | |
| 歯科診療所の名称：  所在地：  電話番号：  担当歯科医師氏名： | | 印 | | | | | | | |