周術期口腔機能管理報告書

平成　　年　　月　　日

患者氏名　　　　 　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科診療所の所在地及び名称 |  |
|  |  |
| 電話番号 |  |
| 担当歯科医師氏名 | 印 |

|  |  |
| --- | --- |
| **治療・手術等を**  **実施した医療機関名** | 広島市立安佐市民病院 |

|  |  |
| --- | --- |
| **口腔内の状態** | |
| 口腔乾燥 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| 口内炎 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| 清掃状態 | □良好　　　□やや不良　　□不良 |
| プラークの付着 | □無し　　　□少ない　　□中等度　　　□多い |
| 歯肉炎 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| 歯肉出血 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| 舌炎 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| 虫歯 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| 歯周病 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| 義歯不適合 | □無し　　　□要治療 |
| 咀嚼障害 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| 嚥下障害 | □無し　　　□軽度　　　□中等度　　　□重度 |
| その他 | |
| **管理・指導内容** | |
| □口腔の保湿　　□含嗽指導 | |
| □本人への清掃指導（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □家族・職員への清掃指導（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □プロフェッショナルケア | |
| □虫歯の治療　　　□歯周病の治療　　　□義歯の調整・修理 | |
| □咀嚼訓練　　訓練法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □嚥下訓練　　訓練法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □薬剤の投与（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **その他** | |
|  | |