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** |
|  |