

## 周術期等口腔機能管理のお願い

周術期等口腔機能管理運用につき、一連の口腔機能管理をお願いいたします。

### 《 送付書類 》

- ① 診療情報提供書【様式1】（歯科医院からの返信用）
- ② 管理計画書 【様式2】
- ③ 管理報告書 【様式3】  
（主治医よりの情報提供書あり）

周術期等口腔機能管理の術前処置終了後、記入された以下の書類を郵送または患者さんにお渡しただいて、病院にご返送ください。

- ① 診療情報提供書【様式1】の原本
- ② 管理計画書 【様式2】の原本  
（①, ②の写しは歯科医院で保管）

- ③ 管理報告書【様式3】原本は患者さんにお渡しする。  
（写しは歯科医院で保管）

退院後は術後の周術期等口腔機能管理をお願いします。

20 年 月 日

紹介先医療機関名

先生 御侍史

紹介元医療機関:

所在地 :

印

TEL:

FAX:

ご多忙中恐縮ですが、周術期等口腔機能管理の適応となりますので、何卒ご高診の程お願い申し上げます。

フリガナ				明・大・昭・平
患者氏名	男・女	生年月日	年	月 日(才)
傷病名				
紹介目的	術前または放射線治療、化学療法前の口腔管理の経過報告及び主科での治療のお願い			
症状経過 検査結果 治療経過	検査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> う蝕の検査 <input type="checkbox"/> 歯周組織の検査 <input type="checkbox"/> その他( )		
	指導管理	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 舌・軟組織衛生の指導 <input type="checkbox"/> 義歯取扱の指導 <input type="checkbox"/> その他( )		
	基本処置	<input type="checkbox"/> う蝕歯の処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 軟組織の処置 <input type="checkbox"/> その他( )		
	保存 補綴処置	<input type="checkbox"/> 充填・被覆冠処置 <input type="checkbox"/> 義歯の新製・修理・調整 <input type="checkbox"/> その他( )		
	その他	内容( )		
現在処方				
終了時 口腔状態	衛生状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良		
	歯周炎部位	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 炎症あり( )		
	粘膜の変化			
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分床(上・下) <input type="checkbox"/> 全部床(上・下)		
	義歯の適合	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 悪い(修理必要)		
	口腔内変化	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	その他	内容( )		
申し送り 事項など				

# 周術期等口腔機能管理計画書

( 様式 2 )

依頼元 病院 科 担当医師

患者氏名	ID番号 _____	〔男・女〕	年	月	日生	才
			(		)	
手術等の予定	主病名: <input type="checkbox"/> 入院 予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 緩和ケア 予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他( ) 予定日 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 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <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( <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他: ) 内服薬(血を固まりにくくする薬) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ADL(日常生活動作) <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可					
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り予測される変化等)	口腔内の現状 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 歯肉の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良(出血・はれ・発赤・痛み) <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 未装着 ) <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 歯の状態 歯数 本 残根歯 本 動揺歯 本 <input type="checkbox"/> その他( )					
周術期等の口腔機能管理で実施する内容	<input type="checkbox"/> 拔牙 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> 消炎処置 <input type="checkbox"/> 冠(調整・除去) <input type="checkbox"/> 義歯(製作・修理・調整・床適合・管理) <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 歯面清掃 <input type="checkbox"/> 歯周ポケット洗浄 <input type="checkbox"/> 咬合調整 <input type="checkbox"/> 検査(レントゲン・歯周病) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 食後や就寝前のご自身で行う歯磨きなど口腔管理の徹底 <input type="checkbox"/> 口腔清掃器具の使用法(歯ブラシ・歯間ブラシ・フロス・舌ブラシ・スポンジブラシ) <input type="checkbox"/> 歯磨き時には義歯をはずし、義歯用ブラシも使用する <input type="checkbox"/> 口腔乾燥対策 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 化学療法・放射線療法等による口にかかる副作用の症状緩和のためのセルフケア指導 <input type="checkbox"/> その他( )					
連絡事項等						
歯科医療機関: 歯科医師 :	管理計画策定日: 年 月 日  電話/FAX					

# 周術期等口腔機能管理報告書(周 I・II(術前/術後)・III)

(様式3)

患者氏名	様(男・女)	年	月	日生		
		( 才 )				
現在の 口腔内の状態評価 (臨床所見・X線写真)	口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 歯肉の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良(出血・はれ・発赤・痛み) 歯石沈着 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無い 舌苔 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 歯の状態 歯数 本 残根歯 本 動揺歯 本 不適合冠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 動揺部位 不適合充填物 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 義歯(有・無・不適合・未使用) 歯磨き 1日 回 その他( )  前回までとの比較 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増悪 コメント:	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 40px;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>				
具体的な実施内容	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> 消炎処置 <input type="checkbox"/> 冠(調整・除去) <input type="checkbox"/> 義歯(製作・修理・調整・床適合・管理) <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 歯面清掃 <input type="checkbox"/> 歯周ポケット洗浄 <input type="checkbox"/> 咬合調整 <input type="checkbox"/> 検査(レントゲン・歯周病) <input type="checkbox"/> その他( )					
指導内容	<input type="checkbox"/> 歯磨き指導 <input type="checkbox"/> 口腔管理の重要性を説明 <input type="checkbox"/> 義歯の取り扱い方指導 <input type="checkbox"/> 舌ケア指導 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜清掃指導 <input type="checkbox"/> 含嗽指導(周III) <input type="checkbox"/> その他( )					
その他必要な 内容・提案	<input type="checkbox"/> 入院中でもできるだけ、ご自分で、口の中の細菌を減らすつもりで口腔清掃を行ってください。 <input type="checkbox"/> その他( )					
連絡事項等						
周術期等口腔機能管理 歯科医療機関 歯科医師		管理・記入日	年	月		
		日				
		電話番号				