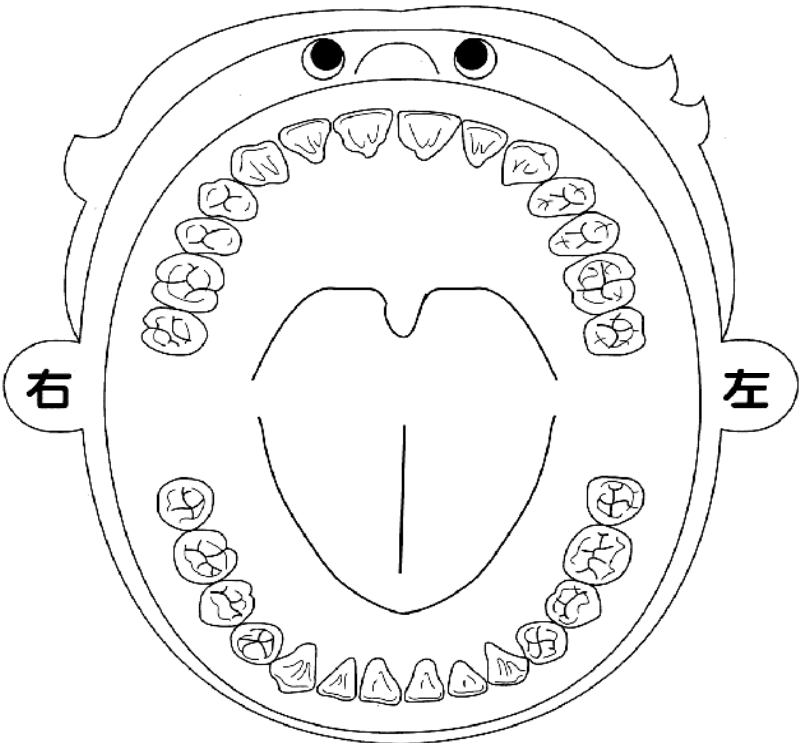


患者名			男・女	基礎疾患	
	(明・大・昭・平 年 月 日)				
服用薬剤					
生活習慣	①1日の歯磨き回数 ()回		 <p>◎衛生状態の評価(良・不良)</p>		
	②清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
口腔内の状態(現症)	③喫煙(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 本/日) ④睡眠時間(約 時間)				
	⑤飲酒(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: ml/日) その他()				
	歯周組織	・4mm以上のポケット (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・歯の動揺 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・歯肉の腫れや出血 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・プラークの付着 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
	歯	・むし歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・根の病気 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)			
舌粘膜	・舌苔 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・粘膜の異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・口腔内の乾燥 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
義歯	・義歯の使用 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・義歯の汚れ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ・義歯の適合 (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良)				
主病の手術等の予定・周術期口腔機能管理の内容	主病名		予想される変化	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	手術予定日 年 月 日				
	治療内容 (手術・化学療法・放射線療法)				
術前までに実施する内容		セルフケアの指導方針	<input type="checkbox"/> ブラッシングの方法 <input type="checkbox"/> スポンジブラシの使い方 <input type="checkbox"/> 舌ブラシの使い方 <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ等の使い方 <input type="checkbox"/> 義歯の洗浄・保管方法 <input type="checkbox"/> 清掃器具の清掃・保管方法 <input type="checkbox"/> 含漱剤の使い方 <input type="checkbox"/> 保湿剤の使い方 <input type="checkbox"/> その他 []		
<input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 根の治療 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> プラークコントロール <input type="checkbox"/> その他() ↓ 入院後、術前までに実施する内容 <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() ↓ 手術・化学療法・放射線治療 ↓ 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()					
		その他特記事項			
		保険医療機関名・担当歯科医師名			