周術期口腔機能管理計画書

年　　月　　日

患者氏名	

①基礎疾患・生活習慣

□ 糖尿病　□ 高血圧　□ 心臓病　□ 肝炎　□ その他（　　）

・歯磨き　□ 起床後　□ 食後（朝・昼・夕）　□ 就寝前
1回の時間（　　）分くらい

・歯ブラシ以外の清掃用品　□ フロス　□ 歯間ブラシ　□ その他

・喫煙習慣　□ なし　□ あり

・睡眠時間　約（　　）時間

・習慣的飲料物　□ なし　□ あり（　　）

・間食の取り方　□ 不規則　□ 規則正しい　□ あまりしない

②病気に対する治療予定

手術・化学療法・放射線治療　　年　　月　　日、　未定

③現在の口腔内状況

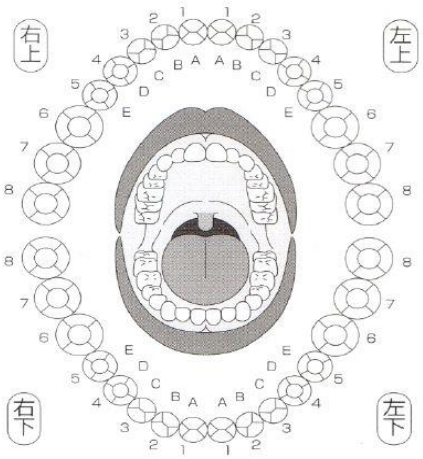
・口腔衛生状態　□ 良　□ 普通　□ 不良

・う蝕　□ なし　□ あり

・歯周炎及び歯石沈着　□ なし　□ あり

・歯の動揺　□ なし　□ あり

・義歯　□ なし　□ あり（適合・不適合）



④手術等によって予測される変化等

□ 特になし　□ 粘膜の炎症　□ 口の乾燥　□ 味覚異常

□ その他（　　）

⑤口腔機能の管理において実施する内容

□ 口腔ケア　□ 歯周治療　□ う蝕治療　□ 抜歯　□ 義歯

□ その他（　　）

⑥日常的なセルフケアに関する指導方針

□ 口腔衛生の維持管理　□ 口腔の保湿　□ 含嗽指導　□ 義歯の管理指導

□ その他（　　）

⑦その他必要な内容

（　　）

医療機関名

所在地

電話番号

担当歯科医師名

秋田県がん診療連携協議会
秋田県歯科医師会