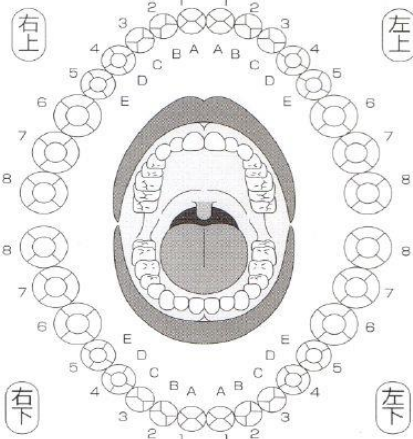


【患者用】 **周術期口腔機能管理報告書** (手術・化学療法・放射線、緩和ケア)

年 月 日

患者氏名	
<p>口腔内の状態の評価</p> <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> ・口の衛生状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 ・歯の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 動揺歯 ・歯肉・口腔粘膜の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 歯石あり <input type="checkbox"/> 炎症あり ・口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> やや乾燥 <input type="checkbox"/> 強い乾燥 ・味覚異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・義歯の状態 <input type="checkbox"/> あり (上・下) <input type="checkbox"/> なし ・その他 () 	
<p>具体的な実施内容や指導内容</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 歯や歯周組織の検査 (エックス線検査・歯周病検査) <input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯の固定 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 口腔衛生指導および口腔ケア <input type="checkbox"/> 手術等によって予測される変化に対する指導 (粘膜の炎症、口の乾燥、味覚異常等) <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> その他 () 	
<p>その他必要な内容</p>	

医療機関名

所在地

電話番号

担当歯科医師名