**周術期口腔機能管理計画書**

 平成　　　　　年　　　 月　 　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 |  男　　・　　女 |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　・　平成　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　（　　　　歳） |
| 1. 基礎疾患・生活習慣

□ 糖尿病　　□ 高血圧　　□ 脳血管疾患　　□ 腎機能障害　□ 肝機能障害□ 不整脈（ペースメーカー： なし ・ あり ）　 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□ 飲酒歴（　　　　年　　　　回/週）　 □　喫煙歴（　　　　年　　　　本/日） |
| 1. 病気に対する治療（予定）

□　手術・移植実施（予定）日 年　　　月　　　日、　 未定□　化学療法実施（予定）開始日 年　　　月　　　日、　 未定□　放射線治療実施（予定）日 年　　　月　　　日、　 未定□　（　　　　　　　　　　 ）　 治療 年　　　月　　　日、　 未定 |
| 1. 現在の口腔内状況

・歯周炎および歯石沈着 ・口腔衛生状態・動揺歯　　　 ・義歯 ・がん治療に伴う粘膜炎　　　 ・口腔乾燥 | □　なし　　□　軽度　　□　中等度　　□　重度□　良　　　□ 並　　　 □　不良　　　 □　著しく不良□　なし　　□ あり （　軽度　・　重度　）度□　なし　　□ あり （　適合　・　不適合 ）□　なし　　□ あり□　なし　　□ あり （ 軽度 ・ 重度 ） |
| 1. 現症および手術等によって予測される変化等

　　　　 □ 口腔粘膜炎　　□ 口腔乾燥　　□ 歯、口腔、顎などの疼痛　　□ 口腔衛生状態の悪化　　　　 □ 歯周病の悪化　　□ 味覚異常　　□ 経口摂取困難　　□ 顎骨壊死または顎骨骨髄炎□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 周術期（放射線、化学療法）の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（ 清掃 ・ 調整 ・ 修理 ・ 新製 ） ・ 経過観察 □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 主病の手術（放射線、化学療法）等に係る患者の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　　　　　　 □ 口腔衛生技術指導（歯ブラシ、歯間ブラシ、スポンジブラシ、舌ブラシ、義歯ブラシ等）　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. その他必要な内容
 |

 提供元医療機関

 所在地

 電話番号

 担当歯科医師名