**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