**周術期口腔機能管理報告書**

**ID：**

**名前： 　　 様 （男・女）　　　生年月日 　　　 年　　　月　　　日**

☑☑☑

↑環境依存文字「□内にチェックマーク入」

もしその形に見える場合には先生のパソコンにこの記号がインストールされています。コピーして必要部位のみ「□」と置き換えて下さい。文字化けの場合「■」を使用。

メール送信の場合、先方にインストールされていないと文字化けし読めません。最終的にこの説明（赤文字部分）と一行上「☑」を削除して下さい。それにより1ページにおさまります。

1. **口腔内の状態の評価（現在）**

口の衛生状態： □良好 □ やや不良 □ 不良

歯・歯肉の状態： □良好 □異常あり（C2以上・歯石等） □ 炎症や要治療歯あり

粘膜の乾燥： □乾燥なし □やや乾燥 □ 乾燥強い

1. **実施内容および指導内容**

(1) 口の中は衛生的に （ □ 保たれています ・ □ 保たれていません ）ので、

ケア は（□ これまで通りおこなってください ・ □ 次のような注意が必要です ）。

|  |
| --- |
|  |

(2) 歯や粘膜に （ □ 異常はありません ・ □ 異常があります ）ので、

ケアは （ □ これまで通りおこなってください ・ □ 次のような注意が必要です ）。

|  |
| --- |
|  |

(3) 口やのどに（ □ 病気 ・ □ 治療 ）による変化が（ □ ありません ・ □ あります ）。

むせること（ □ はないと思います ・ □ があると思います ）。

ケアや食事の時には、（ □ これまで通りおこなってください ・ □ 次のような注意が

必要です ）。

|  |
| --- |
|  |

1. **その他**

|  |
| --- |
|  |

記載日　　　　年　　　月　　　日

所在地および名称　　住所：

電話：

歯科医院名：

歯科医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印