

# 周術期口腔機能管理計画書

ID: \_\_\_\_\_

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

## 1. 基礎疾患の状態・生活習慣

- 高血圧症     心臓疾患     代謝性疾患     糖尿病     虫垂炎  
 胃炎・逆流性食道炎     胃潰瘍・十二指腸潰瘍     肝臓疾患  
 腎臓疾患     肺疾患     喘息     脳血管疾患  
 神経疾患     精神疾患     その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 喫煙 ( \_\_\_\_\_ 本/日)     飲酒 ( \_\_\_\_\_ /日)    睡眠時間 ( \_\_\_\_\_ 時間/日)

## 2. 主病に対する治療（手術療法・放射線療法・化学療法）の予定

- 手術予定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    治療名: \_\_\_\_\_  
 化学療法 開始予定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    治療名: \_\_\_\_\_  
 放射線療法 開始予定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    治療名: \_\_\_\_\_

## 3. 口腔内の状態等

### 【現在の状態】

- 口腔乾燥     口内炎・粘膜炎     舌炎     歯周炎     歯肉出血     虫歯  
 義歯の使用 (上顎: \_\_\_\_\_ 下顎: \_\_\_\_\_)     欠損歯 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 【予測される変化】

- 口腔乾燥の悪化     口内炎・粘膜炎の悪化     舌炎の悪化     歯周炎の悪化     虫歯の悪化  
 義歯不適合     咀嚼障害     嚥下障害  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 手術前後の口腔機能の管理において実施する内容

- 口腔の保湿     含嗽     清掃指導     プロフェッショナルケア  
 虫歯の治療     歯周病の治療     義歯調整  
 咀嚼訓練     嚥下訓練     薬剤投与 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. 日常的な口腔のセルフケアに関する指導方針について

- 歯磨き習慣     歯磨き指導     歯口清掃器具の使用     喫煙習慣  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 6. その他の必要な内容 ( \_\_\_\_\_ )

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