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

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（C_2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

2.　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 ）。

3.　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