周術期口腔機能管理報告書

	_					
:	<u>様</u>	(男・女)	生年月日	年	月	且
口の衛生状態: □良 歯・歯肉の状態: □	好 良好	□異常あり(C2以上·歯石等		Eや要治療	歯あり
(1) 口の中は衛生的に	. (🗆					
					-	!です)。
むせること(ロル	はない	と思います・	□ があると思	います)。		
その他						
				記載日	年	月 目
 電話: 歯科医院名:					Ľп	
	: □腔内の状態の評価(更) □の衛生状態: □ □ □ □ 歯水態: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	 たの性内の状態の評価(現在)口の衛生状態:□良好歯・歯肉の状態:□良好歯・歯肉の状態:□乾燥なし 実施内容および指導内容(1)口の中は衛生的に(□なれまで通りケアは(□これまで通りケアは(□これまで通りケアは(□はまで)回じた(□はないケアや食事の時には、(必要です)。 その他 	「	上および名称 住所: 電話: 歯科医院名:	 : 様 (男・女) 生年月日 年 □ PP内の状態の評価(現在) □ 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) □ 炎症粘膜の乾燥: □乾燥なし □やや乾燥 □ 乾燥強い 実施内容および指導内容(1) ロの中は衛生的に(□ 保たれています・□ 保たれていませケア は(□ これまで通りおこなってください・□ 次のような注意 (2) 歯や粘膜に(□ 異常はありません・□ 異常があります)のケアは(□ これまで通りおこなってください・□ 次のような注がせること(□ 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・必要です)。 その他 追載日 地および名称 住所:電話: 歯科医院名: 	接 (男・女) 生年月日 年 月 口腔内の状態の評価 (現在)