

# 周術期口腔機能管理 計画書

患者番号： \_\_\_\_\_ 患者氏名： \_\_\_\_\_ 様  
 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 性別： \_\_\_\_\_

**【全身の治療の予定】**

病名： \_\_\_\_\_

手術 手術予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

化学療法 治療開始日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（レジメン： \_\_\_\_\_）

放射線療法 治療開始日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（照射線量 Gy, 照射回数 回）

緩和ケア

**【体・生活の状態】**

●基礎疾患：なし ・ あり  
高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 心疾患 ・ 脳血管障害  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

●内服薬：なし ・ あり（ \_\_\_\_\_ ）  
ステロイド ・ 抗血栓薬 ・ ビスフォスフォネート製剤  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

●飲酒：なし・あり（ \_\_\_\_\_ /日）

●喫煙：なし・あり（ \_\_\_\_\_ 本/日 現在喫煙, 禁煙中 \_\_\_\_\_ 頃～）

**【お口の状態】**

・清掃状態：良好, 普通, 不良

・歯周病：あり, なし

・虫歯：あり, なし

・揺れている歯：あり, なし

・入れ歯の使用：あり, なし

・その他：（ \_\_\_\_\_ ）

**【予想される変化】**

くちが開かない, 噛みにくい, のみこみにくい, 義歯があわない, 口内炎

くちの乾燥, 味覚の異常, 歯周病の悪化, 顎の感染や壊死, むし歯の悪化

その他（ \_\_\_\_\_ ）

**【歯科治療が必要な部位： あり,  なし】**

歯磨き方法,  うがい方法,

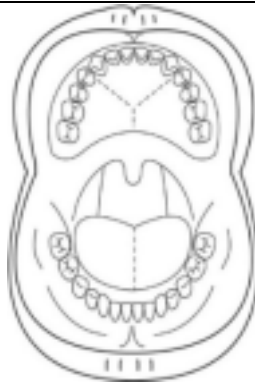
口腔リハビリ,  歯周病治療,

むし歯治療,  抜歯,

かぶせ物・入れ歯の修理,

動揺歯の固定

その他



**【口腔管理のスケジュール】**

治療前（連携歯科・当院）

治療中・入院中（連携歯科・当院）

治療後・退院後（連携歯科・当院）で行います。

保険医療機関名 所在地・電話番号 担当	〒 _____ - _____ 歯科医師： _____	045- _____ - _____
---------------------------	--------------------------------	--------------------