【患者用】　**周術期口腔機能管理報告書（手術・化学療法・放射線、緩和ケア）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　　年 　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　・　平成　・　令和　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　（　　　　歳） | | |
| 口腔内の状態の評価  ・口の衛生状態　　  良好　　　 普通　　　 不良  ・歯の状態　　　　　  良好　　　 う蝕あり　　　 動揺歯あり（固定が必要）  ・歯肉の状態　　　  良好　　　 歯石あり　　　 炎症あり  ・粘膜の状態　　　  乾燥なし　　　 やや乾燥　　　 強い乾燥  ・味覚異常　　　　  なし　 　　 あり  ・義歯の状態　　　  あり　（ 上 ・ 下 ）　　　 なし  適合（概ね）良好  不良　　　 未使用 | | | |
| 具体的な実施内容や指導内容  口腔および顎骨の精査（歯周ポケット検査・レントゲン写真）。  口腔衛生指導および口腔ケア。  今後予測される変化に対する指導（口腔粘膜炎、顎骨壊死等）。  放射線（化学）療法による口腔粘膜炎、口腔乾燥に対する保湿、粘膜ケア。  歯科処置（う蝕、歯周処置等）。  口腔の感染巣の除去（歯の抜歯等）。  投薬。  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他必要な内容 | | | |

提供元医療機関

所在地

電話番号

担当歯科医師名