【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