

周術期口腔機能管理計画書

年 月 日

患者氏名		年齢	歳
主病名			
基礎疾患			
<input type="checkbox"/> 手術	手術名:	手術日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 化学・放射線療法		治療開始日	年 月 日
歯周組織	4mm以上の歯周ポケット		
	歯の動揺		
	歯肉の腫れや出血		
	歯垢の付着		
歯	う歯		
舌・粘膜	舌苔		
	粘膜の異常		
	口腔内の乾燥		
義歯	義歯の使用		
	義歯の汚れ		
	義歯の適合		
生活習慣	一日の歯研ぎ回数		喫煙
周術期口腔機能管理の実施内容と指導方針			
指導実施	衛生指導		
	義歯管理指導		
治療	専門的口腔ケア		
	義歯調整、修理		
	歯科治療		
	気管挿管用マウスピース作成		
保険医療機関名			
担当歯科医師名			