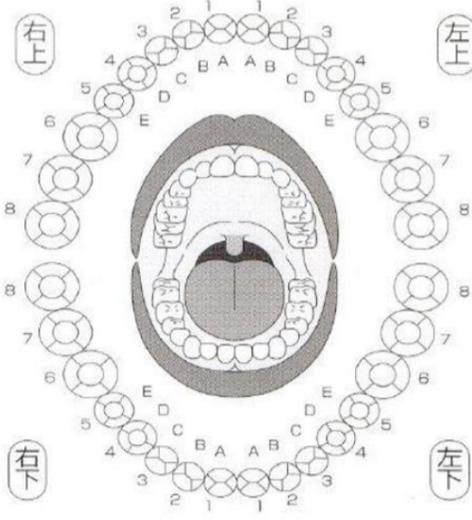


周術期口腔機能管理報告書

年 月 日

患者氏名	様
口腔内の状態評価	
	
<ul style="list-style-type: none"> 深い歯周ポケット 歯の動揺 歯肉の腫れや出血 歯垢の付着 虫歯 舌苔 口腔内の乾燥 義歯の汚れ 義歯の適合 	
実施内容・指導内容 <ul style="list-style-type: none"> ブラッシング指導 義歯管理指導 専門的口腔ケア 義歯調整、修理 歯科治療 全身麻酔用マウスピース 	
保険医療機関名	
担当歯科医師名	

病院
科
先生御侍史

保険医療機関名
担当歯科医師名