

患者名			男・女	基礎疾患	
	( 明・大・昭・平 年 月 日 )				
服用薬剤					
生活習慣	①1日の歯磨き回数 ( )回		 <p>◎衛生状態の評価(良・不良)</p>		
	②清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )				
③喫煙( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 本/日) ④睡眠時間(約 時間)					
⑤飲酒( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: ml/日) その他( )					
⑤飲酒( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: ml/日) その他( )					
口腔内の状態(現症)	歯周組織	・4mm以上のポケット ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) ・歯の動揺 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) ・歯肉の腫れや出血 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) ・プラークの付着 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	歯	・むし歯 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) ・根の病気 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	舌粘膜	・舌苔 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) ・粘膜の異常 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) ・口腔内の乾燥 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	義歯	・義歯の使用 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) ・義歯の汚れ ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ) ・義歯の適合 ( <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 )			
主病の手術等の予定・周術期口腔機能管理の内容	主病名		予想される変化	<input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	手術予定日 年 月 日				
	治療内容 ( 手術・化学療法・放射線療法 )		セルフケアの指導方針	<input type="checkbox"/> ブラッシングの方法 <input type="checkbox"/> スポンジブラシの使い方 <input type="checkbox"/> 舌ブラシの使い方 <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ等の使い方 <input type="checkbox"/> 義歯の洗浄・保管方法 <input type="checkbox"/> 清掃器具の清掃・保管方法 <input type="checkbox"/> 含漱剤の使い方 <input type="checkbox"/> 保湿剤の使い方 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	
	術前までに実施する内容 <input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> むし歯治療 <input type="checkbox"/> 根の治療 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> プラークコントロール <input type="checkbox"/> その他( ) ↓ 入院後、術前までに実施する内容 <input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> セルフケア指導 <input type="checkbox"/> その他( ) ↓ 手術・化学療法・放射線治療 ↓ 術後に実施する内容 <input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> セルフケア指導 <input type="checkbox"/> その他( )			その他特記事項	
		保険医療機関名・担当歯科医師名			