

提供先医療機関	歯科医院
病院	所在地
先生御侍史	TEL
	FAX
	歯科医師名

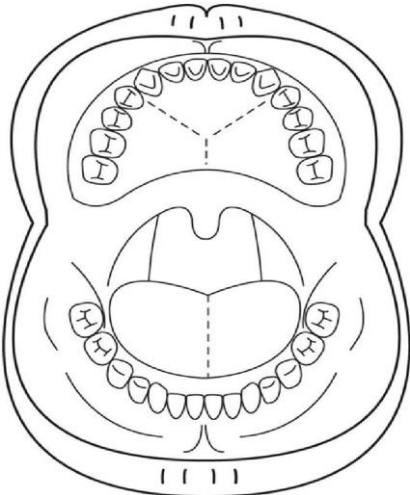
()は記入または選択、□は✓を入れる

<患者基本情報>

ID _____	歯科初診日(H . .)
名前 _____ (男・女)	年 月 日生 年齢 _____ 歳

周術期口腔機能管理計画書

<口腔内の状態等(現症)>

<p>歯科初診時所見</p> <p>衛生状態:(良好・普通・不良)</p> <p>歯周炎の部位(歯頸部ライン記入)</p> <p>粘膜の変化(直接記入)</p> <p>ケアの回数: 回/日 (朝・昼・夕・寝る前)</p> <p>義歯の使用(なし・ あり)</p> <p>部分床((上・下) 全部床(上・下))</p> <p>義歯の適合状態(良い・ 問題なし・ 悪い(修理必要))</p>	
--	--

<主病の手術に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針>

周術期に係る口腔管理の指導事項

手術前の口腔管理を行いました。
セルフケア目的・必要性の説明 (傷の感染予防・肺炎予防・その他)

歯科で行う処置

- 歯周病の検査
- 歯石の除去
- 衛生士の口のケアの説明
- 動揺する歯の固定 (部位 _____ : _____)
- 応急処置(簡単な充填・鋭縁の除去など)

入院中の口腔管理は当院が往診(□可能・□不可)です。

退院後の口腔管理は当院でおこなう(□予定・□未定)です。