

歯と口の管理計画

（周Ⅰ） 手術前 手術後 （周Ⅲ） 放射線治療 化学療法 緩和ケア

口腔管理は手術前のプラークコントロール、手術後の感染予防、肺炎の予防を目的として継続します

また、 放射線治療 化学療法 緩和ケアによる副作用の症状の予防・軽減を目的としておこないます

お 名 前	様 （ 男 ・ 女 ）		
生 年 月 日 （ 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ）	年 月 日 （ 歳 ）	作成年月日	平成 年 月 日

・ 口腔内の状態 良好 不良 その他（ ）

手術前・後に行っていただくケアは次の通りです

手 術

・ 手術日 年 月 日

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| ケア時のむせ | <input type="checkbox"/> 注意が必要です | <input type="checkbox"/> 特に問題ありません |
| 歯ブラシによる清掃方法 | <input type="checkbox"/> スクラビング法 | <input type="checkbox"/> バス法 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 歯磨き回数 | <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 | <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 食後 |
| 歯間ブラシの使用 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 舌の清掃 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ |
| 粘膜の清掃（スポンジブラシ使用） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |
| 粘膜の保湿処置 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 洗口 <input type="checkbox"/> 保湿剤・洗口液 <input type="checkbox"/> その他 |
| 継続的なむし歯予防管理
（フッ化物塗布含む） | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | |

口腔ケア指導：口腔管理の注意点（歯・歯肉・粘膜・義歯等のケア）

放射線治療

・ 予測される・発症している口腔内の症状について

治療中：口内炎・口腔乾燥・味覚の異常・カビ/ウイルス感染

治療後：口内炎・口腔乾燥・味覚の異常・カビ/ウイルス感染・顎骨の炎症、壊死・多数のむし歯・口が開かない

化学療法・緩和ケア

・ 予測される・発症している口腔内の症状について

治 療 中：口内炎・口腔乾燥・味覚の異常・菌性感染症

長期治療中：口内炎・口腔乾燥・味覚の異常・歯とその周囲の歯肉の炎症・知覚過敏・カビ/ウイルス感染
ビスホスホネート系薬剤による顎骨の炎症、壊死

放射線治療・化学療法・緩和ケアの副作用への具体的な対処法

保 険 医 療 機 関 名

所 在 地 T E L ・ F A X

担 当 歯 科 医 師 名