

# 歯科診療経過報告書 (周術期口腔機能管理用)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元歯科医療機関名

病 院

歯科・口腔外科

先生御侍史

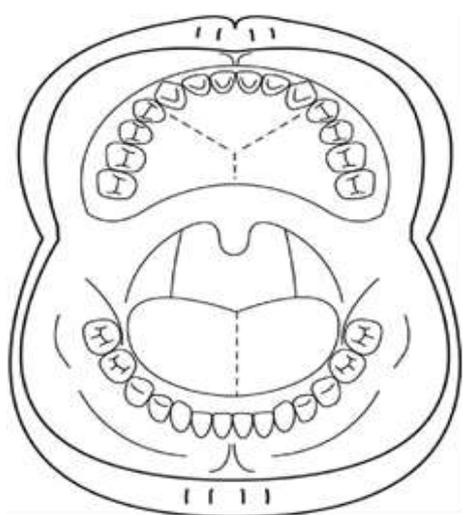
所 在 地

電 話 番 号

歯 科 医 師 名

印

ご多忙中恐縮ですが、何卒ご高診の程よろしくお願い申し上げます

フリガナ 患者氏名	様(男・女)	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
傷 病 名			
紹 介 目 的	口腔管理の経過報告・入院中の口腔管理依頼・その他 ( )		
検 査	<input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> むし歯の検査 <input type="checkbox"/> 歯周組織の検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
指 導 管 理	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 舌・軟組織衛生の指導 <input type="checkbox"/> 義歯取扱の指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
基 本 処 置	<input type="checkbox"/> むし歯の処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 軟組織の処置 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
保 存 ・ 補 綴 処 置	<input type="checkbox"/> 充填・被覆冠処置 <input type="checkbox"/> 義歯の新製・修理・調整 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
そ の 他	内容 ( )		
現 在 処 方			

## 指導した口腔ケアは次の通りです

- |                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
| 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<br>(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)、申し送り事項など

--