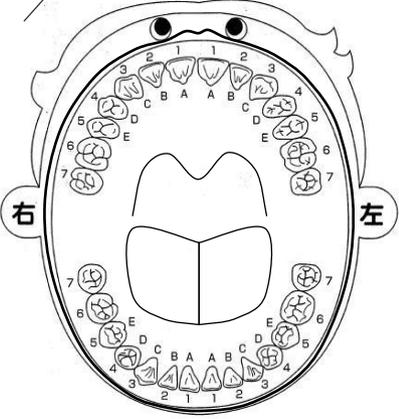
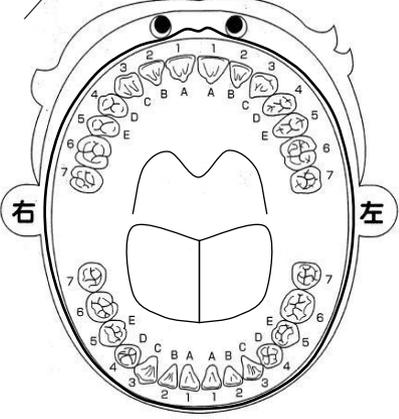
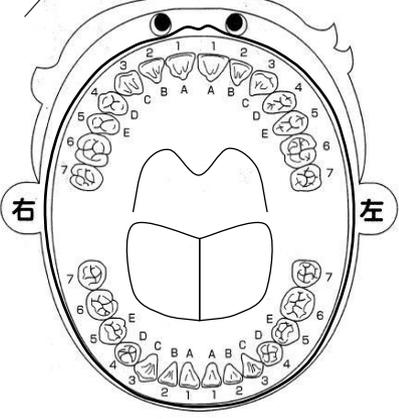
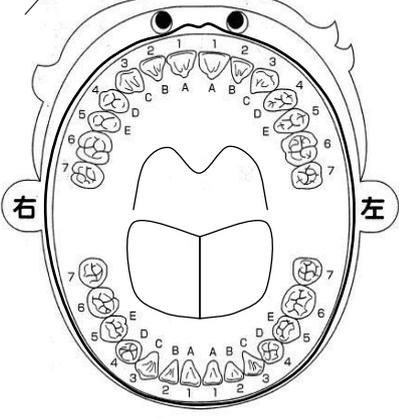


周術期口腔機能管理報告書

患者名		保険医療機関名 担当歯科医師名	
口腔内の状態		実施内容	指導内容・その他特記事項
日付 / 	疼痛 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 口唇異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 粘膜異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 舌の異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 口腔乾燥 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) プラーク (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 歯肉腫れ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) むし歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 義歯清掃 (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪) 味覚異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜・舌の清掃 <input type="checkbox"/> 含漱 () <input type="checkbox"/> 保湿剤塗布 (薬:) <input type="checkbox"/> 唾液分泌促進 <input type="checkbox"/> 投薬 (薬:) <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯磨きしましょう (1日__回) <input type="checkbox"/> ｽｯｼﾞﾌﾞﾗｯｼﾞで口を拭きましょう <input type="checkbox"/> 舌ﾌﾞﾗｯｼﾞで舌汚れを取りましょう <input type="checkbox"/> うがい (_____ で1日__回) <input type="checkbox"/> 保湿剤を塗り口の乾燥に注意 <input type="checkbox"/> 義歯ﾌﾞﾗｯｼﾞで義歯を洗いましょう <input type="checkbox"/> 必要な時以外義歯を外しましょう その他特記事項
日付 / 	疼痛 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 口唇異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 粘膜異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 舌の異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 口腔乾燥 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) プラーク (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 歯肉腫れ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) むし歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 義歯清掃 (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪) 味覚異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜・舌の清掃 <input type="checkbox"/> 含漱 () <input type="checkbox"/> 保湿剤塗布 (薬:) <input type="checkbox"/> 唾液分泌促進 <input type="checkbox"/> 投薬 (薬:) <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯磨きしましょう (1日__回) <input type="checkbox"/> ｽｯｼﾞﾌﾞﾗｯｼﾞで口を拭きましょう <input type="checkbox"/> 舌ﾌﾞﾗｯｼﾞで舌汚れを取りましょう <input type="checkbox"/> うがい (_____ で1日__回) <input type="checkbox"/> 保湿剤を塗り口の乾燥に注意 <input type="checkbox"/> 義歯ﾌﾞﾗｯｼﾞで義歯を洗いましょう <input type="checkbox"/> 必要な時以外義歯を外しましょう その他特記事項
日付 / 	疼痛 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 口唇異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 粘膜異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 舌の異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 口腔乾燥 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) プラーク (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 歯肉腫れ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) むし歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 義歯清掃 (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪) 味覚異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜・舌の清掃 <input type="checkbox"/> 含漱 () <input type="checkbox"/> 保湿剤塗布 (薬:) <input type="checkbox"/> 唾液分泌促進 <input type="checkbox"/> 投薬 (薬:) <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯磨きしましょう (1日__回) <input type="checkbox"/> ｽｯｼﾞﾌﾞﾗｯｼﾞで口を拭きましょう <input type="checkbox"/> 舌ﾌﾞﾗｯｼﾞで舌汚れを取りましょう <input type="checkbox"/> うがい (_____ で1日__回) <input type="checkbox"/> 保湿剤を塗り口の乾燥に注意 <input type="checkbox"/> 義歯ﾌﾞﾗｯｼﾞで義歯を洗いましょう <input type="checkbox"/> 必要な時以外義歯を外しましょう その他特記事項
日付 / 	疼痛 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 口唇異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 粘膜異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 舌の異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 口腔乾燥 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) プラーク (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 歯肉腫れ (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) むし歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 義歯清掃 (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪) 味覚異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯の清掃 <input type="checkbox"/> 粘膜・舌の清掃 <input type="checkbox"/> 含漱 () <input type="checkbox"/> 保湿剤塗布 (薬:) <input type="checkbox"/> 唾液分泌促進 <input type="checkbox"/> 投薬 (薬:) <input type="checkbox"/> 義歯清掃 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 歯磨きしましょう (1日__回) <input type="checkbox"/> ｽｯｼﾞﾌﾞﾗｯｼﾞで口を拭きましょう <input type="checkbox"/> 舌ﾌﾞﾗｯｼﾞで舌汚れを取りましょう <input type="checkbox"/> うがい (_____ で1日__回) <input type="checkbox"/> 保湿剤を塗り口の乾燥に注意 <input type="checkbox"/> 義歯ﾌﾞﾗｯｼﾞで義歯を洗いましょう <input type="checkbox"/> 必要な時以外義歯を外しましょう その他特記事項