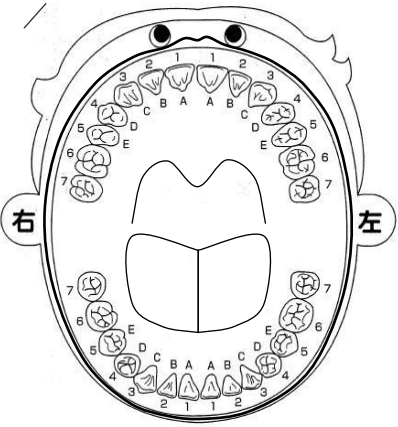
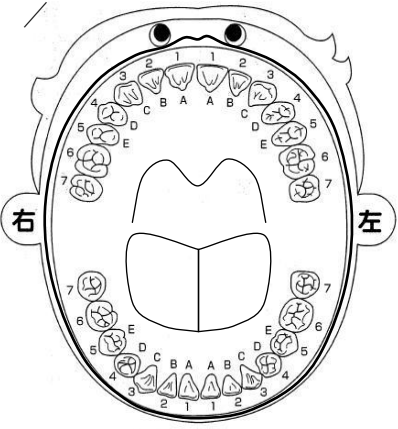
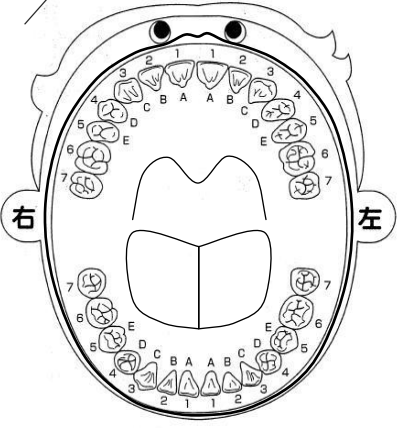
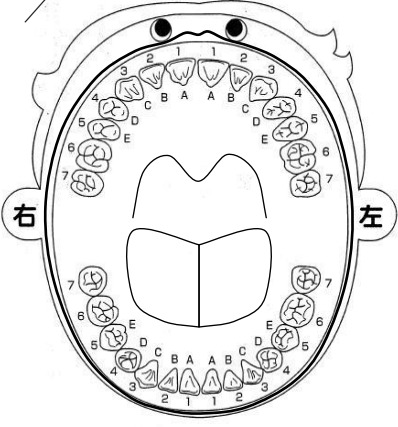


周術期口腔機能管理報告書

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"/> ｽｯｼﾞﾌﾞﾗｼで口を拭きましょう <input type="checkbox"/> 舌ﾌﾞﾗｼ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"/> 義歯ﾌﾞﾗｼ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"/> ｽｯｼﾞﾌﾞﾗｼで口を拭きましょう <input type="checkbox"/> 舌ﾌﾞﾗｼ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"/> 義歯ﾌﾞﾗｼ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"/> ｽｯｼﾞﾌﾞﾗｼで口を拭きましょう <input type="checkbox"/> 舌ﾌﾞﾗｼ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"/> 義歯ﾌﾞﾗｼ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"/> ｽｯｼﾞﾌﾞﾗｼで口を拭きましょう <input type="checkbox"/> 舌ﾌﾞﾗｼ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"/> 義歯ﾌﾞﾗｼ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