

患者名 	性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生									
基礎疾患 の状態		既往歴									
生活習慣	①1日の歯磨き回数()回 (□朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前) ②清掃器具の使用 (□なし □歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ) ③喫煙 (□無 □有: 本/日) ④睡眠時間 (約 時間) ⑤飲酒 (□無 □有: ml/日) その他 ()										
口腔内の状態 (現症)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"> 歯周組織 </td> <td> ・4mm以上のポケット (□無 □有) ・歯の動揺 (□無 □有) ・歯肉の腫れや出血 (□無 □有) ・プラークの付着 (□無 □有) </td> </tr> <tr> <td> 歯 </td> <td> ・むし歯 (□無 □有) ・根の病気 (□無 □有) </td> </tr> <tr> <td> 舌・粘膜 </td> <td> ・舌苔 (□無 □有) ・粘膜の異常 (□無 □有) ・口腔内の乾燥 (□無 □有) </td> </tr> <tr> <td> 義歯 </td> <td> ・義歯の使用 (□無 □有) ・義歯の汚れ (□無 □有) ・義歯の適合 (□良 □不良) </td> </tr> </table>	歯周組織	・4mm以上のポケット (□無 □有) ・歯の動揺 (□無 □有) ・歯肉の腫れや出血 (□無 □有) ・プラークの付着 (□無 □有)	歯	・むし歯 (□無 □有) ・根の病気 (□無 □有)	舌・粘膜	・舌苔 (□無 □有) ・粘膜の異常 (□無 □有) ・口腔内の乾燥 (□無 □有)	義歯	・義歯の使用 (□無 □有) ・義歯の汚れ (□無 □有) ・義歯の適合 (□良 □不良)		
歯周組織	・4mm以上のポケット (□無 □有) ・歯の動揺 (□無 □有) ・歯肉の腫れや出血 (□無 □有) ・プラークの付着 (□無 □有)										
歯	・むし歯 (□無 □有) ・根の病気 (□無 □有)										
舌・粘膜	・舌苔 (□無 □有) ・粘膜の異常 (□無 □有) ・口腔内の乾燥 (□無 □有)										
義歯	・義歯の使用 (□無 □有) ・義歯の汚れ (□無 □有) ・義歯の適合 (□良 □不良)										
主病の手術等の予定・周術期口腔機能管理の内容	<p> 術前までに実施する内容 <input type="checkbox"/>スケーリング <input type="checkbox"/>プラーク除去 <input type="checkbox"/>セルフケア指導 <input type="checkbox"/>むし歯治療 <input type="checkbox"/>根の治療 <input type="checkbox"/>抜歯 <input type="checkbox"/>その他 () </p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p> 入院後、術前までに実施する内容 <input type="checkbox"/>専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/>セルフケア指導 <input type="checkbox"/>その他 () </p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p> 手術・化学療法・放射線治療 (/) 病名 () </p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p> 術後に実施する内容 <input type="checkbox"/>専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/>セルフケア指導 <input type="checkbox"/>その他 () </p>										
予想される変化	□無 □有(□口腔粘膜炎 □口腔乾燥症) □その他 () 保険医療機関名・担当歯科医師名										
	セルフケアの指導方針	□ブラッシングの方法 □スポンジブラシの使い方 □舌ブラシの使い方 □歯間ブラシ等の使い方 □義歯の洗浄・保管方法 □清掃器具の清掃・保管方法 □含漱剤の使い方 □保湿剤の使い方 □その他 ()									
	その他特記事項										