

周術期口腔機能管理計画書（化学療法・放射線治療・緩和ケア）

患者氏名

様

記入日： 年 月 日

化学療法や放射線治療により、口腔粘膜炎や口腔乾燥による摂食嚥下障害が生ずることがあります。また、むし歯や歯周病、それに起因する感染症があると、治療後の免疫力低下により感染増悪が生じることがあります。これらの理由により、以下の通り周術期の口腔管理を計画しました

基礎疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）
生活習慣	栄養摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> その他
	はみがき回数（1日） 回/日 <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> その他
	口腔清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他
	はみがき指導 <input type="checkbox"/> 習ったことがある <input type="checkbox"/> 習ったことはない
	喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 有り（ 本/日） <input type="checkbox"/> 過去に有り <input type="checkbox"/> なし
	その他
服用薬	<input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> BP製剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
治療の予定	<input type="checkbox"/> 化学療法開始（ 月 日予定） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
	<input type="checkbox"/> 放射線療法開始（ 月 日予定） <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
	<input type="checkbox"/> その他
初診時所見	口腔内清掃状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 不良
	要治療部位 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（むし歯・歯周病・その他 ）
	義歯の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	義歯の適合 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 概良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
予測される 口腔内の変化	口腔の病変 <input type="checkbox"/> むし歯の進行 <input type="checkbox"/> 歯周病の悪化 <input type="checkbox"/> 顎骨の感染や壊死
	<input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 舌炎 <input type="checkbox"/> カビ/ウイルスの感染
	機能障害など <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 味覚障害
口腔機能管理 実施内容	<input type="checkbox"/> 口腔ケア指導
	<input type="checkbox"/> 歯周病検査 <input type="checkbox"/> 専門的歯面清掃 <input type="checkbox"/> 歯石除去
	<input type="checkbox"/> むし歯、歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 口腔内の保湿
	<input type="checkbox"/> 義歯の調整・修理 <input type="checkbox"/> その他（ ）
セルフケア等 の指導方針	<input type="checkbox"/> セルフケアの目的や必要性の説明
	<input type="checkbox"/> 治療による口腔内に生じる副作用のセルフケアの指導
	<input type="checkbox"/> 退院後の継続した口腔ケアや歯科処置を行う必要性の有無についての説明
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
その他	

医療機関名

所在地

電話番号

担当歯科医師

印