

がん医療連携 歯科医院について

お口のケアで、がん治療による合併症を軽減することができます。



当院では、がん治療中でも安心して歯科受診ができるように、
静岡県歯科医師会との協働のもと、
お近くの「がん医療連携 歯科医院」を紹介しています。

① がん医療連携歯科医院を紹介します

- ◆ 受診しやすい歯科医院を紹介します
- ◆ 診療情報提供書等の書類をお渡しします
- ◆ 電話等で予約してから受診して下さい

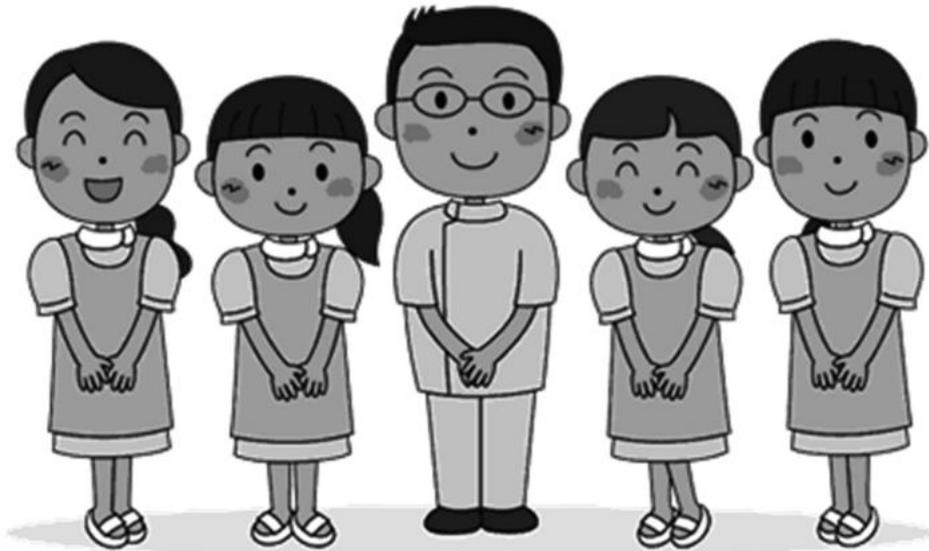
③ 入院・治療

- ◆ 連携歯科医院で受け取った書類を、入院時に提出して下さい
- ◆ 歯科医院からの情報を、入院中の口腔ケアに看護師が活用します

② がん医療連携 歯科医院での処置

- ◆ 受診の際に当院からの書類を提出して下さい
- ◆ 必要な歯科処置、ケアを受けて下さい
 - 歯ブラシではとれない細菌の汚れの清掃や、適切な歯みがきの指導が中心です
 - 通常、1～2回の処置で終了します
 - 保険適応の範囲の処置で、ケアだけであれば費用は3,000円程度です
(他の処置により変わる可能性もあります)
- ◆ 処置が終わったら書類を受け取って下さい

当院はがん医療連携登録歯科医院です



がん連携登録歯科医とは、厚生労働省の委託を受けて日本歯科医師会が主催する「全国共通がん医科歯科連携講習会」を修了し、がん患者の口腔ケアと歯科治療についての知識を習得した歯科医師のことです。

がん治療前のお口のケアによって期待できる効果

1. 抗がん剤治療や放射線治療に伴う、口腔内や顎骨のトラブルが減少します。
2. 手術後の肺炎などの感染リスクが減少し、入院期間が短縮されます
3. 手術後の合併症が減少します
4. あらかじめ口腔管理をしておくことで、手術後の食事開始をスムーズにしたり、食事の際の苦痛を軽減して、全身状態の回復を早めることができます。
5. 全身麻酔時の気管挿管の際、歯の脱落や破折を防止します

一般社団法人静岡県歯科医師会

患者提供文書

一般社団法人静岡県歯科医師会

周術期口腔機能管理 同意書

医療機関名

担当医

印

院長 殿

平成 年 月 日

患者氏名

生年月日

年

月

日生

私は、このたび口腔機能管理についての必要性の説明を担当医より受け、内容を十分に理解し歯科口腔外科もしくは歯科診療所において、必要と認められる診療および検査や処置を受けることを承諾致します。

患者

注1

ふりがな 氏名	印
住所	〒
(患者との続柄)	本人 ・ ()

親族

注2

ふりがな 氏名	印
住所	〒
(患者との続柄)	()

注)

1.患者の欄は、本人が記入して捺印して下さい。

ただし、病状により本人が記入できないときは、代筆し捺印して下さい。

2.患者が未成年者又は意識障害者等については、その親族、後見人、扶養義務者等が記入し捺印して下さい

患者提供文書

周術期口腔機能管理計画書（手術）

患者氏名

_____様

記入日： 年 月 日

むし歯や歯周病、それに起因する感染症があると術後肺炎や創部トラブルなど術後合併症が生じることがあります。また、全身麻酔での気管内挿管時に、動揺歯があると脱落して気管に誤嚥したり、歯牙の破折を起こすことがあります。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	
手術等の予定	<input type="checkbox"/> 手術予定日 (月 日) <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・動揺歯・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	組織の欠損 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 顎の骨 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 粘膜 <input type="checkbox"/> その他()
	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"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 感染歯質の除去、仮封
	<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"/> 術前の口腔内診査および歯科処置・口腔ケアの指導
	<input type="checkbox"/> 術後の口腔内診査および歯科処置・口腔ケアの指導
	<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
その他	<input type="checkbox"/> その他 ()

医療機関名

所在地

電話番号

担当歯科医師

印

患者提供文書

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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	口腔内の病変 <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"/> 口腔内炎 <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

歯科医師 → 医師

一般社団法人静岡県歯科医師会

患者提供文書

周術期口腔機能管理報告書

患者氏名 _____ 様

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

歯科診療所の名称

所在地

電話番号

担当歯科医師氏名 _____

印

周術期の口腔機能管理を行いましたので、ご報告いたします。

● 処置・指導内容

- 口腔ケア指導（歯・歯肉のみがき方、舌のみがき方、口腔粘膜の清掃、義歯の取扱い）
 歯周病検査 歯石除去 専門的歯面清掃
 動揺歯の固定 抜歯 感染歯質の除去、仮封 義歯の調整・修理
 その他（ _____ ）

● 現在の口腔内状態

（初診からの改善傾向）

- 口腔内清掃状態 良好 概良 やや不良 不良 有 無
 むし歯の有無 なし あり 有 無
 歯肉の状態 良好 概良 やや不良 不良 有 無
 義歯の使用 あり なし（要新製） 有 無
 義歯の適合 良好 概良 やや不良 不良 有 無
 口腔内粘膜炎症 なし 軽度 中等度 重度 有 無
 その他（ _____ ）

● セルフケア指導内容

歯みがき指導 口腔清掃の良い習慣がついています。現状を維持しましょう。

磨き残しがあります。下記に注意して磨きましょう。

歯ブラシを細かく動かす 毎食後磨く 鏡を見ながら磨く

歯と歯の間 歯と歯肉の境目 歯の表面 歯の裏面 噛み合わせの面

舌 被せ物の周囲 入れ歯（義歯） 口腔粘膜 その他（ _____ ）

歯間部清掃器具 歯間ブラシ（4S・3S・SS・S・M・L・LL） フロス ワンタクト

舌清掃器具 歯ブラシ 舌ブラシ スポンジブラシ

粘膜の保湿処置 保湿剤 洗口液 その他

義歯の清掃指導 義歯用ブラシ 義歯洗浄剤 その他（ _____ ）

その他（ _____ ）

● 今後について

担当医師と相談して、当歯科医院でこれからも継続して歯科処置を行います

担当医師の指示により、治療終了後に歯科処置を再開します。

入院中等の口腔ケア等が希望の場合は、担当医師にご連絡下さい

歯科医師→医師

一般社団法人静岡県歯科医師会

受診報告書

紹介先医療機関等名

担当医 _____ 科 _____ 殿

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関
名称
所在地
電話番号
歯科医師名

印

この度は、ご紹介下さいましてありがとうございました。
本日来院されましたので、診察させていただきます。

患者氏名	性別 男・女																											
患者住所	電話番号																											
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (_____ 歳)																											
口腔内の状態： <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>口腔清掃状態</td> <td><input type="checkbox"/> 良</td> <td><input type="checkbox"/> 概良</td> <td><input type="checkbox"/> 不良</td> </tr> <tr> <td>う蝕・残根</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり (_____ 本)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>歯周病の程度</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり (重度 中等度 軽度)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>動揺歯</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> あり (_____ 本)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>義歯の状態</td> <td><input type="checkbox"/> 適合良好</td> <td><input type="checkbox"/> 適合不良</td> <td><input type="checkbox"/> 使用せず</td> </tr> </table>		口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 概良	<input type="checkbox"/> 不良	う蝕・残根	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (_____ 本)		歯周病の程度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (重度 中等度 軽度)		動揺歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (_____ 本)		義歯の状態	<input type="checkbox"/> 適合良好	<input type="checkbox"/> 適合不良	<input type="checkbox"/> 使用せず							
口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 概良	<input type="checkbox"/> 不良																									
う蝕・残根	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (_____ 本)																										
歯周病の程度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (重度 中等度 軽度)																										
動揺歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (_____ 本)																										
義歯の状態	<input type="checkbox"/> 適合良好	<input type="checkbox"/> 適合不良	<input type="checkbox"/> 使用せず																									
歯科予定治療： <table style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td rowspan="4">●口腔ケア</td> <td><input type="checkbox"/> ブラッシング指導</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 除石</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 機械的歯面清掃</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (_____)</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">●歯科治療</td> <td><input type="checkbox"/> う歯の処置 (_____)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 動揺歯の暫間固定 (_____)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 抜歯 (_____)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 義歯処置 (_____)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (_____)</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">●治療期間</td> <td><input type="checkbox"/> 1～2週間</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 入院時まで</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (_____)</td> <td></td> </tr> </table>		●口腔ケア	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導		<input type="checkbox"/> 除石		<input type="checkbox"/> 機械的歯面清掃		<input type="checkbox"/> その他 (_____)		●歯科治療	<input type="checkbox"/> う歯の処置 (_____)		<input type="checkbox"/> 動揺歯の暫間固定 (_____)		<input type="checkbox"/> 抜歯 (_____)		<input type="checkbox"/> 義歯処置 (_____)		<input type="checkbox"/> その他 (_____)		●治療期間	<input type="checkbox"/> 1～2週間		<input type="checkbox"/> 入院時まで		<input type="checkbox"/> その他 (_____)	
●口腔ケア	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導																											
	<input type="checkbox"/> 除石																											
	<input type="checkbox"/> 機械的歯面清掃																											
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)																											
●歯科治療	<input type="checkbox"/> う歯の処置 (_____)																											
	<input type="checkbox"/> 動揺歯の暫間固定 (_____)																											
	<input type="checkbox"/> 抜歯 (_____)																											
	<input type="checkbox"/> 義歯処置 (_____)																											
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)																											
●治療期間	<input type="checkbox"/> 1～2週間																											
	<input type="checkbox"/> 入院時まで																											
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)																											
備考：																												

医師→歯科医師

一般社団法人静岡県歯科医師会

診療情報提供書 A (治療前・治療後・退院時)

記入日 年 月 日

提供先 歯科医療機関

提供元 医療機関

先生

名称
所在地
電話番号
担当医師指名

印

ご紹介致します患者さんは、当院にて下記の治療を行います。
つきましては、治療に伴う口腔合併症の軽減のため口腔機能管理を、貴院にお願いいたく存じます。

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	年齢
患者住所	電話番号		職業

診断名			
既往歴			家族歴
紹介目的	<input type="checkbox"/> 周術期口腔管理依頼(管理計画書あり・なし) <input type="checkbox"/> 歯科治療 <input type="checkbox"/> その他()		
治療予定	<input type="checkbox"/> 現在、治療方針は未定です		
	<input type="checkbox"/> 手術	手術日 年 月 日 入院日 年 月 日 予定 口腔内変化 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 退院日 年 月 日 予定	
	<input type="checkbox"/> 化学療法	開始日 年 月 日 最終日 年 月 日 予定	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 隔__週ごと__回
	<input type="checkbox"/> 放射線療法	開始日 年 月 日 最終日 年 月 日 予定	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 隔__週ごと__回
	<input type="checkbox"/> BP剤	実施日 年 月 日 最終日 年 月 日 予定	<input type="checkbox"/> ソメタ <input type="checkbox"/> ランマーク <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 緩和ケア	開始日 年 月 日	
医科の現在の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
希望する 歯科処置	<手術前> <input type="checkbox"/> 口腔内診査 <input type="checkbox"/> 口腔内清掃、口腔衛生指導などの口腔ケア <input type="checkbox"/> う蝕感染歯質除去、仮充填 <input type="checkbox"/> 動揺歯の応急的固定(必要があれば抜歯)		
	<その他> <input type="checkbox"/> う蝕の治療 <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 <input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 義歯の新製・修理・調整 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する期日	<input type="checkbox"/> 入院日まで <input type="checkbox"/> 概ね 月まで <input type="checkbox"/> 治療と並行して		
歯科治療 留意点	観血的処置 <input type="checkbox"/> 抜歯は問題ありません <input type="checkbox"/> 抜歯が必要な場合、時期について注意が必要です <input type="checkbox"/> 抜歯は原則禁忌となります		
	抗菌薬、鎮痛剤 <input type="checkbox"/> 問題ありません 等の処方 <input type="checkbox"/> ご配慮下さい()		
	歯科処置上の <input type="checkbox"/> 特に問題なく、通常の歯科治療が可能です リスク <input type="checkbox"/> 白血球数が少なく菌性感染症のリスクが高い状態になる時期があります <input type="checkbox"/> 口腔乾燥が強く、う蝕リスクが高い時期が持続します <input type="checkbox"/> 顎骨骨髓炎、骨壊死などのリスクがあります		
その他 特記事項			

周術期連携歯科医院のスタッフの皆様へ
～周術期口腔機能管理による医療連携のお願い～

平素よりご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度は、当病院にて手術を予定されている患者さんの歯科治療、口腔機能管理についてお願い申し上げます。

平成 24 年 4 月から周術期口腔機能管理に関する保険算定が可能となっています。今回紹介の患者さんにつきましては、手術前 1 回、手術後 3 回（手術日を起点として 3 ヶ月以内の月 1 回）の周術期口腔機能管理料（Ⅰ）の算定が可能です。

本封筒に以下の 3 点を同封しました。

入院前の処置が終了した時点で当科宛の返信用封筒と共に患者さんにお渡し下さい。 当院入院期間の治療の参考にさせていただきます。

なお、患者さんには当院入院後に歯科口腔外科受付に提出するようにお願いしてありますが、再度その旨をご説明いただけますと幸いです。

【同封書類】

- ① 周術期口腔管理計画書
 - ・ 貴院控え用
- ② 周術期口腔管理報告書 <周管Ⅰ（前）280 点>
 - ・ 必要項目にチェックをして下さい
 - ・ 2 部コピー（1 部；患者さんへ、1 部；返信用封筒で当科宛）
 - ・ 原本は貴院控え
- ③ 診療情報提供書 <情Ⅰ 250 点>
 - ・ 貴院から当院宛の情報提供の書類です
 - ・ 必要項目にチェックをして下さい
 - ・ 1 部コピー（返信用封筒で当科宛）
 - ・ 原本は貴院控え
- ④ 返信用封筒

ご不明の点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。（平日 8:30～17:00）

平成 年 月 日

地方独立行政法人 静岡県立病院機構
静岡県立総合病院 歯科口腔外科
電話 054-247-6111（内線 2861）
FAX 054-247-6140