

周術期等口腔機能管理報告書 (周Ⅲ)

患者氏名：		様	性別：	生年月日：		
現在の口腔内の状態の評価 (臨床所見・X線写真)	口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良		
	口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良		
	口腔乾燥状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良		
	舌の状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良		
	歯肉の状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> やや不良	<input type="checkbox"/> 不良 (出血・はれ・発赤・痛み)		
	歯石沈着	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ほぼない	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 多い	
	歯垢	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ほぼない	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 多い	
	歯の状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良 (う蝕・動揺・鋭縁・痛み【冷・温】・咬合痛)			
	不適合冠	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 経過観察で対応可		
	不適合充填物	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 経過観察で対応可		
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> あり (適合・不適合)			
	その他 ()					
前回との比較 <input type="checkbox"/> 改善している <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 改善をみとめない						
処置内容	<input type="checkbox"/> 抜歯		<input type="checkbox"/> 動揺歯の固定	<input type="checkbox"/> 口腔内装置	<input type="checkbox"/> う蝕処置	
	<input type="checkbox"/> 消炎処置		<input type="checkbox"/> 冠 (調整・除去)	<input type="checkbox"/> 義歯 (製作・修理・調整・床適合・管理)		
	<input type="checkbox"/> 歯石除去		<input type="checkbox"/> 歯面清掃	<input type="checkbox"/> 歯周ポケット洗浄	<input type="checkbox"/> 咬合調整	
	<input type="checkbox"/> 専門的口腔衛生処置			<input type="checkbox"/> 口腔の保湿・含嗽		
	<input type="checkbox"/> 検査 (レントゲン・歯周病)			<input type="checkbox"/> その他 ()		
指導内容	<input type="checkbox"/> 喫煙習慣や飲酒に対する指導		<input type="checkbox"/> 口腔管理の重要性について説明			
	<input type="checkbox"/> 歯磨き習慣	<input type="checkbox"/> 歯磨き指導	<input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の指導			
	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥に対する指導		<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎・口内炎に対する指導			
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
その他必要な内容・提案・備考						

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

歯科医療機関名： _____

歯科医師名： _____