

周術期等口腔機能管理計画書・同意書（手術）

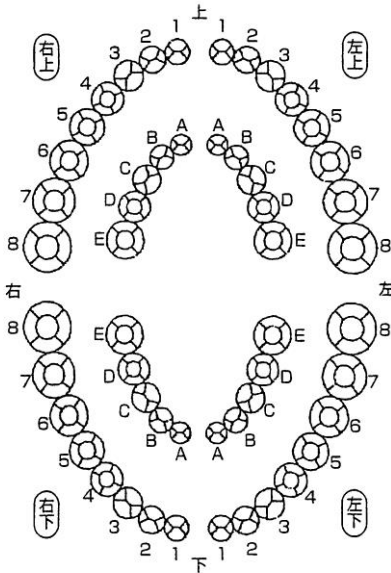
（全身麻酔手術を受ける方の口腔衛生ならびに機能管理）

（患者さんへ）がん手術、心臓血管手術、移植関連手術、整形外科手術、脳神経外科手術を全身麻酔下に受ける方は、以下の理由で口腔管理を必要とします。

1. 全身麻酔時に気管内挿管（口へ管を入れ人工呼吸をする）時に、動揺歯があると脱落して気管に誤飲する危険性があったり、歯の破損を生じ咀嚼などに障害を起こすことがあります。
2. 歯周病（歯槽膿漏）や齲蝕歯（むし歯）、それに起因する膿の貯留など感染源があると、術後肺炎や創部トラブルなどの術後合併症を生じることがあります。

手術を行う診療科や麻酔科（周術期センター）より、口腔機能の管理を依頼されました。以下の通り、周術期（手術前後）における口腔管理を計画いたしました。

1. 口腔内装置（歯の保護装置）作成
2. 歯科衛生指導（歯磨き指導）
3. 抜歯手術（感染源除去手術）
4. 歯周病治療（専門的口腔ケアを含む）
5. 齲蝕（むし歯）治療
6. 食べる機能の管理（義歯の治療や口腔リハビリテーションなど）



上の○がついているものが実施する内容です。

指導：□歯磨き方法 □うがい方法

□舌・口腔粘膜の清掃法 □保湿法

具体的な内容：

その他：

ご質問がありましたら、診療時間内にお申し出ください。

医療機関名（説明担当医師）

〒 _____ 住所 _____

同意書：私は、周術期等口腔機能管理の必要性と重要性の説明を受けて理解しましたので、口腔管理を受けることに同意します。

_____ 歯科医院 院長殿
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者または代理人署名（氏名）

_____ 医院連絡先電話番号

_____ 問い合わせ時間 平日 _____ 時～ _____ 時