

周術期等口腔機能管理実施報告書

(歯科医療機関→紹介元医療機関報告・患者説明用)

① 口腔内の状態の評価

- 口腔衛生状態：良好 不良
歯の状態：良好 動揺歯あり 抜歯・治療歯あり
歯肉の状態：良好 歯石あり 炎症あり
入れ歯の状態：なし あり
：適合良好 適合不良 使用していない
粘膜の変化：なし あり（ ）
口腔の乾燥：なし 軽度乾燥 乾燥強い

② 実施した内容

- 口腔内装置（歯の保護装置）作成
 歯科衛生指導（歯磨き指導）
 抜歯手術（感染源除去手術）
 歯周病治療（専門的口腔ケアを含む）
 齲蝕（むし歯）治療
 食べる機能の管理（義歯の治療や口腔リハビリなど）

③ ご自身で行っていただく日常的なセルフケア

口腔清掃

- 清掃用具：歯ブラシ（軟・中・硬毛） スポンジブラシ
補助清掃用具：歯間ブラシ 舌ブラシ デンタルフロス
タフトブラシ
清掃剤：研磨剤含有 薬成分含有 水歯磨き
うがい：（ ） 口腔乾燥：（ ）
その他：（ ）

④ 継続管理の予定

- 継続的な歯科治療の必要性：あり なし
 歯周病治療 むし歯治療 義歯
 粘膜疾患 口腔乾燥 抜歯手術
 その他（ ）

歯科医療機関名（担当医師）〒 _____ 住所 _____