周管

周術期口腔機能管理報告書

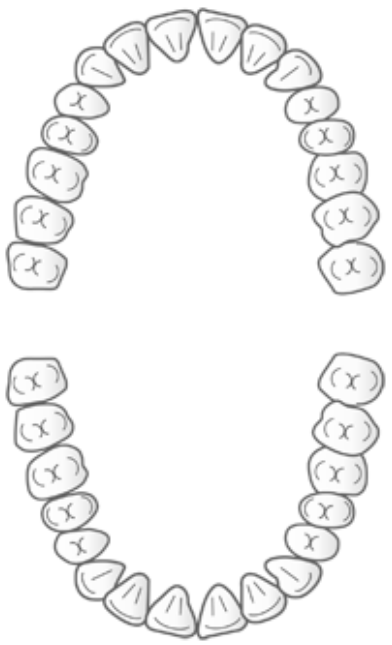
年　　月　　日 発行

患者氏名	様	生年月日	MTSH　　年　　月　　日　　歳

管理段階		□入院前　□入院後術前　□入院中術後　□退院後　□化学・放射線療法中
現在のお口の状態	歯周組織	□正常　□4mm 以上のポケット　□歯の動揺　□炎症・発赤　□プラークの付着
	歯	□正常　□むし歯　□根の病気
	舌・粘膜	□正常　□舌苔　□粘膜の異常・炎症　□乾燥
	義歯	□無　□正常使用　□不適合　□破損　□汚れ　□持っているが不使用
口腔衛生状態		□良好　□不良部位あり　□全体的に不良
施行した歯科処置の内容	歯周組織	□歯周組織検査　□歯石除去・清掃　□口腔衛生指導　□歯の固定　□処方
	歯	□抜歯　□むし歯の治療　□根の治療
	義歯	□調整　□修理・裏装
その他の治療		
今後の歯科治療の必要性	歯周病	□継続治療の必要あり　□継続治療の必要なし
	むし歯	□継続治療の必要あり　□継続治療の必要なし
	その他	□継続治療の必要あり　□継続治療の必要なし

歯科衛生実地指導記録（　　月　　日　　：　　～　　：　　）

×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×



歯肉状態　発赤（ － ± ＋ ＋＋ ）

歯石（ － ± ＋ ＋＋ ）

腫脹（ － ± ＋ ＋＋ ）

歯石沈着　（ － ± ＋ ＋＋ ）

指導内容　□歯・歯周のブラッシング　□舌・粘膜の清掃　□義歯の清掃

ブラッシング法　□バス法　□スクラッビング法　□その他（　　）

指導ブラシ　□なし　□（商品名：　　）（サイズ　　）

□（商品名：　　）（サイズ　　）

その他の指導内容

医療機関名

担当歯科医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

担当歯科衛生士氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿