

手術・化学療法・放射線療法・その他（ ） / 外来・入院 / 主診療科

周術期等口腔機能管理計画書 実施日 R 年 月 日（ ） □男 □女

患者 I D 患者氏名 生年月日（ 歳）

（Ⅰ・Ⅱ）手術日 R 年 月 日（術前・術後）手術名

（Ⅲ）化学療法・放射線療法 開始日 R 年 月 日 ～ 終了日 R 年 月 日 □開始日未定

[口腔疾患]

D…未処置歯 M…萌出なし・欠損 F…処置歯 Br…ブリッジ PD…部分義歯 FD…総義歯 IM…インプラント 健全歯は記なし

歯・義歯の状態																	
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8									
8 7 6 5 4 3 2 1								1 2 3 4 5 6 7 8									
粘 膜		□ピンクでスティップリングがある・しっかりしている						□浮腫がある・赤みを伴うことがある						□自然な出血がある・圧すると出血する			
口 内 炎 所 見		□なし															
□あ り		□粘膜の紅斑															
		□斑状潰瘍または偽膜															
		□融合した潰瘍または偽膜；わずかな外傷で出血															
		□組織壊死；顕著な自然出血；生命を脅かす症状がある															
口 内 炎 症 状 の 程 度		□なし															
□あ り		□わずかな症状で摂食に影響なし															
		□症状があるが食べやすく加工した食事を摂取し嚥下することはできる															
		□症状があり、十分な栄養や水分摂取ができない															
		□生命を脅かす症状がある															
歯 や 歯 肉 の 痛 み		□なし						□あり（ ）									
現時点での口腔内の問題点		□なし						□あり（ ）									
歯 石		□なし						□少量						□多量			
動 揺 歯		□なし						□あり（ ）									
そ の 他 （ 鋭 縁 な ど ）		□なし						□あり（ ）									
歯 科 治 療		□必要なし □必要あり（ ）															

[口腔清掃状態]

歯みがきは1日何回しますか？		□3回以上				□2回				□1回				□0回					
歯 みが き		□自分で磨く						□部分的に自分で磨く						□自分では磨けない					
義歯の着脱		□自分で着脱する						□自分で外すか入れるかのどちらかはする						□自分で全く着脱できない					
		□義歯なし																	
洗 口		□ブクブクうがいができる						□水を口に含む程度はできる						□水を口に含むこともできない					
食 物 残 渣		□なし						□少量						□多量					
歯 垢		□なし						□少量						□多量					
舌 苔		□なし						□少量						□多量					
口 唇		□滑らかでピンク・潤いがある						□乾いている・ひび割れがある						□潰瘍がある・出血している					
義 歯		□清潔で残渣・プラークがない						□部分的に残渣・プラークがみられる						□義歯全体に残渣・プラークがみられる					

〔口腔機能〕

食事時の唾液量	<input type="checkbox"/> 十分	<input type="checkbox"/> やや不足	<input type="checkbox"/> 不足	<input type="checkbox"/> 絶食中
唾 液 の 性 状	<input type="checkbox"/> 漿液性・サラサラ	<input type="checkbox"/> 粘性がある・ネバネバ	<input type="checkbox"/> 唾液が欠乏し確認不可	
舌 背 の 状 態	<input type="checkbox"/> ピンクで潤いがある・乳頭がしっかりしている	<input type="checkbox"/> 舌苔がある・乳頭が失われている・テカリがある・赤みがある	<input type="checkbox"/> 水泡がある・ひびわれている	
口腔乾燥状態の評価	測定値：			<input type="checkbox"/> 未実施
声	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 低い・擦れる	<input type="checkbox"/> 会話困難・痛みを伴う	
食 事 中 の む せ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 毎食	<input type="checkbox"/> 絶食中
嚥 下	<input type="checkbox"/> 正常な嚥下	<input type="checkbox"/> 嚥下時にわずかな痛みを伴う・嚥下困難	<input type="checkbox"/> 嚥下が全くできない	
口 唇 閉 鎖	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	
舌 の 動 き	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや動きにくい	<input type="checkbox"/> 動きにくい	
嚥下機能の精査	<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 必要あり		

〔口腔と全身状態〕

この1週間での発熱	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし	
食 形 態	<input type="checkbox"/> 絶飲食	<input type="checkbox"/> 水分のみ可	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> その他（ ）
1 日 の 食 事 量	<input type="checkbox"/> 9～10 割	<input type="checkbox"/> 6～8 割	<input type="checkbox"/> 5 割以下	<input type="checkbox"/> 絶食中
食 欲	<input type="checkbox"/> 9～10 割	<input type="checkbox"/> 6～8 割	<input type="checkbox"/> 5 割以下	<input type="checkbox"/> 絶食中

〔歯科保健指導〕

現在使用中の 口腔清掃用具・ 口腔清掃補助用具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> 1 歯用ブラシ	<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> 粘膜ブラシ	<input type="checkbox"/> デンタルフロス <input type="checkbox"/> 義歯用ブラシ <input type="checkbox"/> 義歯洗浄剤	<input type="checkbox"/> 保湿剤 <input type="checkbox"/> 含嗽剤 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-------------------------------	--	---	---	---

歯科保健指導内容

- ☐ 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。特に注意して磨きましょう。
- ☐ 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） ☐ 粘膜 ☐ その他（ ）
- ☐ 歯ブラシを細かく優しく動かしましょう。 ☐ 毎食後磨きましょう。
- ☐ 鏡を見ながら磨きましょう。 ☐ 1 日に 1 回は時間をかけて丁寧に磨きましょう。
- ☐ 口腔内が乾燥しています。 ☐ 唾液腺マッサージをしましょう。 ☐ 保湿剤を使用しましょう。
- ☐ 歯間ブラシを使用しましょう。 ☐ 舌ブラシを使用しましょう。 ☐ 粘膜ブラシを使用しましょう。
- ☐ デンタルフロスを使用しましょう。 ☐ よくうがいをしましょう。
- ☐ 義歯が清掃不良です。 ☐ 流水のもと、義歯用ブラシでよく洗いましょう。
- ☐ 義歯洗浄剤も使用しましょう。 ☐ 義歯は外して就寝しましょう。
- ☐ その他（ ）

〔周術期等の口腔機能管理において実施する内容〕

<input type="checkbox"/> セルフケア(上記)	
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	
<input type="checkbox"/> う蝕治療	<input type="checkbox"/> 義歯作製・修理
<input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃	<input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査
<input type="checkbox"/> 連携歯科診療所	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> う蝕治療	<input type="checkbox"/> 義歯作製・修理
<input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃	<input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査
<input type="checkbox"/> 一部介助（□水や歯ブラシなど口腔清掃用具準備 □声かけ（義歯を外して洗っているか・歯を磨いたか 等）	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 全介助（実施内容：	<input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> その他（	<input type="checkbox"/> その他（ ）

歯科医師

歯科衛生士