

周術期等口腔機能管理報告書(患者用) 2回目以降

| | |
|---------|---|
| ①口腔清掃状態 | <input type="checkbox"/> 口腔内に汚れなし <input type="checkbox"/> 口腔内の一部に汚れが残っている <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 口腔内に多量の汚れがある |
| ②口腔乾燥 | <input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> 乾燥の自覚がある <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 食事や会話が困難なほどの乾燥がある |
| ③口腔機能 | <input type="checkbox"/> 声や摂食に問題がない <input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 時々食事中にむせる <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 毎回食事中にむせる |

〔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) ☐ 口腔粘膜

☐ 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"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯の固定・マウスガード作製 <input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査 <input type="checkbox"/> その他() |
| <input type="checkbox"/> 連携歯科診療所 <input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 義歯作製・修理 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯の固定・マウスガード作製 <input type="checkbox"/> 専門的口腔清掃 <input type="checkbox"/> 嚥下機能の精査 <input type="checkbox"/> その他() |
| <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) □その他() |
| <input type="checkbox"/> 全介助(実施内容:) |
| <input type="checkbox"/> その他() |

歯科医師 _____

歯科衛生士 _____