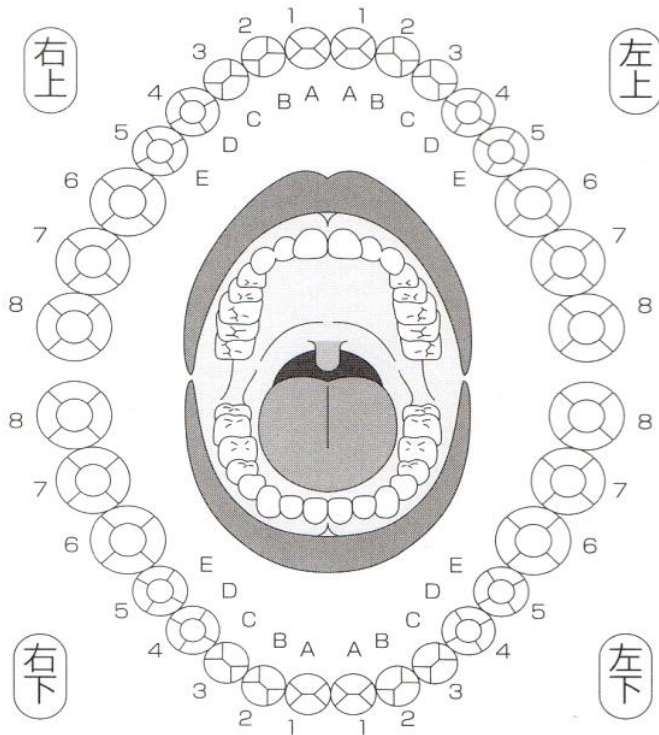


周術期等口腔機能管理報告書（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）

令和 年 月 日

患者氏名		男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
------	--	-----	------	-------------------------

【口腔内の状態】



・むし歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・欠損歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・埋伏歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・歯の動揺（M2以上）	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・歯周病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・歯石の付着	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・舌苔の付着	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・義歯の問題	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 不良	
・義歯の清掃状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 不良	
・口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・味覚障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
・口内炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
※緊急に治療が必要な場合、□にチェックする		

【実施指導内容】

<input type="checkbox"/>	口腔内検診	
<input type="checkbox"/>	歯科治療	
<input type="checkbox"/>	専門的口腔ケア（スケーリング）	
<input type="checkbox"/>	セルフケア指導	
<input type="checkbox"/>	義歯管理指導	
<input type="checkbox"/>	その他	

【コメント】

保険医療機関名 _____
担当歯科医師名 _____