

## 周術期口腔機能管理報告書

【歯科医療機関名】

年 月 日

〒

TEL ( ) -

歯科医師名

【患者基本情報】（歯科初診日： 年 月 日）

ID 名前 (男・女) 年 月 日生まれ（年齢 歳）

## 【初診時所見】

口腔衛生状態：良好・普通・不良

（歯石の沈着：良好・僅かな沈着・全歯にわたる少量の沈着・全歯にわたる多量の沈着）

歯牙の状態：良好・う蝕あり・動揺歯あり

歯肉の状態：良好・軽度の炎症・中等度の炎症・重度の炎症

粘膜の状態：良好・軽度の炎症・中等度の炎症・重度の炎症

ケアの回数： 回/日（朝・昼・夕・寝る前・その他： ）

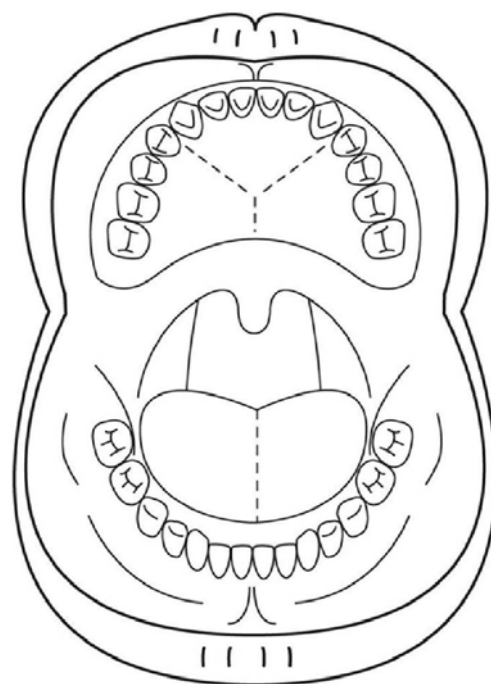
口腔の乾燥：良好（乾燥なし）・やや乾燥・乾燥強い

義歯の使用：あり・なし・使用していない

（義歯の適合状態：良好・問題あるが修理可能・問題があり新製が必要）

## 【治療経過（実施した歯科処置の内容）】

- ☐ 歯周病の検査・歯石の除去
- ☐ う蝕等の処置（図に●印で記入： 本）
- ☐ 残根処置（根面充填など図に▲印で記入： 本）
- ☐ 抜歯（図に×印で記入： 本）
- ☐ 動揺歯の固定（図に＝印で記入： 本）
- ☐ 義歯の新製・床適合・修理・調整
- ☐ フッ化物塗布
- ☐ 処方した薬（ ）
- ☐ その他（ ）



## 【終了時の口腔状態】

口腔衛生状態：良好・普通・不良

歯牙の状態：良好・不良部位あり

C2 以上のう蝕・残根： 無・有（部位 ）

抜歯の必要な歯： 無・有（部位 ）

動揺歯： 無・有（部位 ）

歯肉・粘膜の炎症：良好・炎症あり（炎症部位：右図に/////印で記入）

口腔の乾燥：良好（乾燥なし）・やや乾燥・乾燥強い

義歯の状態：あり（適合良好・適合不良・使用せず）・なし

その他：（ ）

## 【セルフケアの総合評価】

