

地域連携口腔ケアサマリー

平素は大変お世話になっております。

退院に伴い、患者様情報は下記の通りです。継続で口腔ケア管理をお願いいたします。

名 前	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	年齢	性別	男・女	
主病名	発症日	M・T・S・H	年	月	日	身長	cm	体重	kg
現病歴	<input type="checkbox"/> 嚥下障害								
既往歴	<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> 感染()								
服 薬									

急性期	担当歯科衛生士	記入日	年	月	日																				
病院名	入院日	年	月	日																					
歯科初診日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 介入無し																					
歯式																									
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E													
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8										
歯式 : △欠損歯 / 健全歯 ○処置歯 Cう歯 C4要抜去歯 P3要抜去歯 Brブリッジ支台歯 Ponポンティック																									
栄 養	<input type="checkbox"/> 経口					<input type="checkbox"/> 経鼻経管					<input type="checkbox"/> 胃瘻					<input type="checkbox"/> 末梢静脈					<input type="checkbox"/> 中心静脈				
義 歯	<input type="checkbox"/> 上顎全部床義歯					<input type="checkbox"/> 下顎全部床義歯					<input type="checkbox"/> 上顎部分床義歯					<input type="checkbox"/> 下顎部分床義歯									
歯磨きの自立度	<input type="checkbox"/> 自立					<input type="checkbox"/> 一部介助					<input type="checkbox"/> 全介助														
含 嗽	<input type="checkbox"/> できる					<input type="checkbox"/> できない																			
使用用具	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ					<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ					<input type="checkbox"/> 舌ブラシ					<input type="checkbox"/> スポンジブラシ					<input type="checkbox"/> デンタルフロス				
	<input type="checkbox"/> 湿潤剤					<input type="checkbox"/> 保湿剤					<input type="checkbox"/> その他 ()														
周術期口腔機能管理	<input type="checkbox"/> あり					<input type="checkbox"/> なし					インプラント					<input type="checkbox"/> あり					<input type="checkbox"/> なし				
治療、介入内容																									
口腔内状態 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 歯肉出血 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> カンジダ <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 剥離上皮 <input type="checkbox"/> 粘膜出血																									
備 考																									

回復期			担当歯科衛生士						記入日			年	月	日		
病院名			入院日						年	月	日					
歯科初診日			年	月	日	<input type="checkbox"/> 介入無し										
歯式																
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
栄養		<input type="checkbox"/> 経口		<input type="checkbox"/> 経鼻経管		<input type="checkbox"/> 胃瘻		<input type="checkbox"/> 末梢静脈		<input type="checkbox"/> 中心静脈						
義歯		<input type="checkbox"/> 上顎全部床義歯				<input type="checkbox"/> 下顎全部床義歯				<input type="checkbox"/> 上顎部分床義歯		<input type="checkbox"/> 下顎部分床義歯				
歯磨きの自立度		<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助										
含嗽		<input type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない												
使用用具		<input type="checkbox"/> 歯ブラシ		<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ		<input type="checkbox"/> 舌ブラシ		<input type="checkbox"/> スポンジブラシ		<input type="checkbox"/> デンタルフロス						
		<input type="checkbox"/> 湿潤剤		<input type="checkbox"/> 保湿剤		<input type="checkbox"/> その他 ()										
周術期口腔機能管理			<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		インプラント			<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし				
治療、介入内容																
口腔内状態		<input type="checkbox"/> 歯石		<input type="checkbox"/> 歯周病		<input type="checkbox"/> 歯肉出血		<input type="checkbox"/> 舌苔		<input type="checkbox"/> 口臭		<input type="checkbox"/> 口腔乾燥				
		<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎		<input type="checkbox"/> カンジダ		<input type="checkbox"/> 痰		<input type="checkbox"/> 剥離上皮		<input type="checkbox"/> 粘膜出血						
備考																

維持期			担当歯科衛生士						記入日			年	月	日		
病院名			入院日						年	月	日					
歯科初診日			年	月	日	<input type="checkbox"/> 介入無し										
歯式																
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
栄養		<input type="checkbox"/> 経口		<input type="checkbox"/> 経鼻経管		<input type="checkbox"/> 胃瘻		<input type="checkbox"/> 末梢静脈		<input type="checkbox"/> 中心静脈						
義歯		<input type="checkbox"/> 上顎全部床義歯				<input type="checkbox"/> 下顎全部床義歯				<input type="checkbox"/> 上顎部分床義歯		<input type="checkbox"/> 下顎部分床義歯				
歯磨きの自立度		<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助										
含嗽		<input type="checkbox"/> できる		<input type="checkbox"/> できない												
使用用具		<input type="checkbox"/> 歯ブラシ		<input type="checkbox"/> 歯間ブラシ		<input type="checkbox"/> 舌ブラシ		<input type="checkbox"/> スポンジブラシ		<input type="checkbox"/> デンタルフロス						
		<input type="checkbox"/> 湿潤剤		<input type="checkbox"/> 保湿剤		<input type="checkbox"/> その他 ()										
周術期口腔機能管理			<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし		インプラント			<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし				
治療、介入内容																
口腔内状態		<input type="checkbox"/> 歯石		<input type="checkbox"/> 歯周病		<input type="checkbox"/> 歯肉出血		<input type="checkbox"/> 舌苔		<input type="checkbox"/> 口臭		<input type="checkbox"/> 口腔乾燥				
		<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎		<input type="checkbox"/> カンジダ		<input type="checkbox"/> 痰		<input type="checkbox"/> 剥離上皮		<input type="checkbox"/> 粘膜出血						
備考																

<お願い>

各病院、施設で記入していただき、転院先、施設へ郵送してください。 歯科介入のない場合は、口腔ケア担当者様で可能な範囲で記入をお願いいたします。 病院、施設、在宅で歯科介入がない場合は、担当者または、ケアマネジャー様で保管をお願いいたします。 用紙については、各病院、施設でコピーをして保管してください。