

# 《歯科衛生士連絡書（周術期）の記入について》

歯科衛生士連絡書(周術期)									
御中					施設名 _____				
					歯科衛生士 _____				
患者名 ( )才 男・女 主病名: _____									
既往歴 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 感染症: _____ <input type="checkbox"/> その他: _____									
注意すべき投与薬 <input type="checkbox"/> BP薬剤・注射・経口(製剤名) _____ <input type="checkbox"/> 抗凝固剤(製剤名) _____ <input type="checkbox"/> その他: _____									
採血日 年 月 日									
血液検査データ (基準値)									
白血球 (4.0-10.0) 千/μL		ヘモグロビン (4.5-7.0) %		CRP (0.3未満) mg/dL		血小板 (13-35) 万/μL		PT-INR (0.90-1.14)	
治療の内容									
手術 <input type="checkbox"/> 手術日 年 月 日 手術名: _____									
<input type="checkbox"/> 化学療法 開始日 年 月 日									
<input type="checkbox"/> 放射線療法 開始日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部以外 照射回数 回 放射線量 Gy									
<input type="checkbox"/> 骨髄移植 移植日 年 月 日									
免疫抑制剤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(製剤名) _____ <input type="checkbox"/> MTX _____ その他: _____									
<input type="checkbox"/> 緩和 薬剤名 _____									
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 月 日 レジメン施行時									
有害事象									
唾液腺への影響 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 耳下腺 顎下腺 舌下腺									
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜の浮腫(日目頃〜) <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥									
<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 舌(左・右・下) 口腔 頬粘膜(左・右) 口唇 その他: _____									
※口腔粘膜障害時の対応 <input type="checkbox"/> 含嗽剤 商品名 _____ <input type="checkbox"/> その他: _____ 回数: _____									
口腔内の状態等									
歯の状態 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> うね <input type="checkbox"/> 歯間病 <input type="checkbox"/> 歯齦 <input type="checkbox"/> その他: _____									
口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 食滞 <input type="checkbox"/> プラーク <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> その他: _____									
舌・粘膜状態 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 浮腫・疼痛 <input type="checkbox"/> 粘膜炎(びらん・潰瘍・出血・GVHD)									
専門的口腔衛生処置									
<input type="checkbox"/> 歯石除去 <input type="checkbox"/> 歯面清掃 <input type="checkbox"/> 歯間ポケット洗浄 <input type="checkbox"/> 消炎処置 <input type="checkbox"/> その他: _____									
口腔衛生指導 <input type="checkbox"/> 含嗽指導 <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 粘膜ケア指導 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃指導 <input type="checkbox"/> その他: _____									
使用している口腔ケア用品(商品名)									
<input type="checkbox"/> 歯ブラシ: _____ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ: _____ <input type="checkbox"/> スレンジブラシ: _____									
<input type="checkbox"/> 保潔剤: _____ <input type="checkbox"/> 含嗽剤: _____ <input type="checkbox"/> その他: _____									
指導内容									
指導内容 _____									
連絡・質問事項									
連絡・質問事項 _____									

※該当する場合は口に✓を入れ、「その他」には具体的に記入してください。

## 血液検査データ

医科のカルテより最新のデータを記入します。易感染・易出血・炎症の度合いの目安になるものなので、確認・把握したことを必ず記入してください。

## 治療の内容

治療法により、口腔内の有害事象の出現の違いが出てきます。治療について、すべてを記入してください。

## 有害事象

どの事象が患者さんにとって最も重篤かを考えながら、該当するところにもれなくチェックをしてください。

## 口腔内の状態等

舌・粘膜は特に症状が出現しやすい部位なので、詳細に記入してください。

## 専門的口腔衛生処置

### 口腔衛生指導 口腔ケア用品

口腔衛生指導および実施内容は、行ったことすべてにチェックを入れてください。口腔ケア用品は、使用している商品名を具体的に記入してください。

## 指導内容

現在まで行ってきた指導内容、今後も必要と思われる指導内容を記入してください。

## 連絡・質問事項

口腔内以外の患者さんの状況(身体的・精神面等)、診療時に留意すべき事項を記入してください。