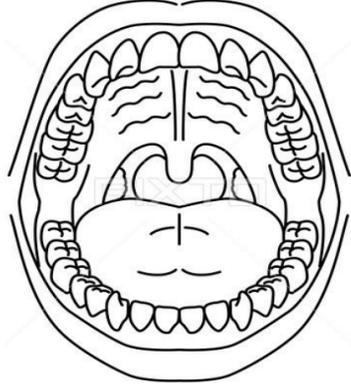


●●●●● 歯科クリニック 御中

施設名 ●●●●● 歯科大学 歯科

歯科衛生士 ●●●●●

患者名 ●●●●●	(55)才 男 女	主病名 : 左乳がん								
既往歴	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 感染症 : MRSA <input type="checkbox"/> その他 :									
注意すべき投与薬	<input type="checkbox"/> BP製剤・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	平成28年 8月 20日									
血液検査データ(基準値)	白血球 (4.0~7.0)千/ μ L	8.1千/ μ L	好中球 (45~70)%	75%	CRP (0.3未満)mg/dL	0.18mg/dL	血小板 (15~35)万/ μ L	21万/ μ L	PT-INR (0.90~1.14)	1.1
治療の内容	<input type="checkbox"/> 手術	手術日	年 月 日	手術名 :						
	<input type="checkbox"/> 化学療法	開始日	年 月 日							
		レジメン・サイクル								
	<input type="checkbox"/> 放射線療法	開始日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 頭頸部以外	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 checked="" type="checkbox"/> 緩和	薬剤名 デカドロン(ステロイド) アンペック注(モルヒネ)									
有害事象	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり 8月 20日~レジメン施行時								
		唾液腺への影響 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ・耳下腺 ・顎下腺 ・ 舌下腺								
		<input type="checkbox"/> 口腔粘膜の浮腫(日頃頃~) <input checked="" type="checkbox"/> 味覚障害 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔乾燥								
		<input checked="" type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 ・舌(左 右 下) ・ 口蓋 ・頬粘膜(左 右) ・口唇 ・その他 :								
		※口腔粘膜障害時の対応 含嗽剤 商品名: ウエットケア その他 : 回数 適時 保湿剤								
口腔内の状態等	歯の状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> う蝕 <input checked="" type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他 :							
	口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 食渣 <input checked="" type="checkbox"/> プラーク <input type="checkbox"/> 歯石 <input checked="" type="checkbox"/> 舌苔 <input checked="" type="checkbox"/> その他 カンジダ							
	舌・粘膜状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり	<input checked="" type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 浮腫・圧痕 <input type="checkbox"/> 粘膜炎(びらん・潰瘍・出血・GVHD) <input checked="" type="checkbox"/> 口角炎 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> その他 :							
専門的口腔衛生処置	<input checked="" type="checkbox"/> 歯石除去 <input checked="" type="checkbox"/> 歯面清掃 <input type="checkbox"/> 歯周ポケット洗浄 <input type="checkbox"/> 消炎処置 <input type="checkbox"/> その他 :									
口腔衛生指導	<input checked="" type="checkbox"/> 含嗽指導 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 歯ブラシ : スリムヘッド 34 <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ : <input type="checkbox"/> スポンジブラシ :									
	<input checked="" type="checkbox"/> 保湿剤 : ビバジェルエット <input checked="" type="checkbox"/> 含嗽剤 : マウスコンディショナー <input type="checkbox"/> その他 :									
指導内容	<p>指導内容</p> <p>歯ブラシは柔らかいものを使用し、粘膜等を傷つけないよう注意してください。</p> <p>体調によりブラッシングが不可能な時は、含嗽等の併用をすすめています。</p> <p>また、保湿はスプレータイプを適時使用するよう指導しています。</p> <p>(ご家族の協力も促しています)</p>									
連絡・質問事項	<p>お食事を楽しみにしています。喉越しのよいさっぱりとしたものなどをすすめてください。</p> <p>左リンパ郭清してあるため、左腕が上がりやすく、歯ブラシが困難な場合があります。</p> <p>また、腰椎への骨転移があり、ユニットの背板等の作動には注意してください。</p> <p>口角炎、カンジダ症が頻回に出現する為、投薬等については歯科医師に相談し適切処置をお願いします。</p>									