

事前に FAX（番号：086-737-3011）にてご送付ください

診療情報提供書（周術期等口腔機能管理実施報告書）



岡山市立市民病院

入退院管理支援センター 口腔管理支援担当 宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関（歯科）の所在地及び名称：

電話番号：

歯科医師名：

歯科衛生士名：

患者氏名

性別 男・女

患者住所

電話番号

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）

報告

上記患者様に対し以下加療を行いました。今後の治療について

☐貴院加療後、自院で継続加療を行います。 ☐不要です。

実施状況

☐口腔衛生指導 ☐口腔清掃（歯石除去） ☐抜歯 ☐動揺歯の固定 ☐う蝕処置（仮封含む）

☐歯牙研磨 ☐マウスピース作製 ☐その他（ ）

①歯・歯肉について

残存歯の有無 ☐あり（合計 本） ☐なし

要注意歯の有無 ☐なし ☐あり ☐動揺 ☐う蝕 ☐尖っている  
☐その他（ ）

マウスピース使用 ☐不要 ☐必要 部位：☐上 ☐下  
装着時間：☐術中 ☐常時 ☐夜間

歯肉の炎症 ☐なし  
☐歯肉炎 ☐歯周炎（☐軽度 ☐中程度 ☐重度）

②義歯について

義歯使用 ☐なし ☐あり

義歯あり  
部位 上 ☐総 ☐部分（☐適合 ☐不適合 ☐義歯安定剤）  
下 ☐総 ☐部分（☐適合 ☐不適合 ☐義歯安定剤）  
食事時 ☐使用 ☐不使用  
着脱 ☐本人 ☐一部介助（☐向き ☐上下 ☐装着 ☐外す）  
☐全介助  
洗浄 ☐本人 ☐一部介助（ ） ☐全介助

③口腔清掃について

歯磨き施行者 ☐自己管理 ☐介助必要

使用器具 ☐歯ブラシ ☐フロス ☐歯間ブラシ ☐舌ブラシ  
☐ワンタフトブラシ ☐その他（ ）

含嗽の実施 ☐自己管理 ☐介助必要  
☐不可（理由：☐むせ ☐その他 ）

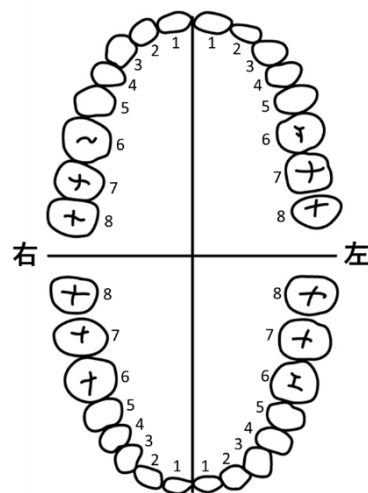
④経口摂取について

食事  
主食 ☐普通 ☐軟らかいご飯 ☐お粥 ☐ミキサー  
副食硬さ ☐普通 ☐軟らかい ☐歯ぐきでつぶせる  
☐舌でつぶせる  
副食形態 ☐普通 ☐一口大 ☐きざみ ☐ミキサー

水分 とりみ ☐不要 ☐必要（程度： ）

⑤口腔内の状態

（歯式、動揺歯や要注意部位等ご記入ください）



申し送り・コメントなど

医科スタッフ用  
○：健全な歯 In } 金属の詰め物種類  
×：歯がない On }  
M(動揺) I: 軽度 AF }  
II: 中等度 FMC: 金属の被せ  
III: 重度 Br: プリッジ  
前装冠: 表面が白い被せ