

周術期口腔機能管理計画書作成日

年 月 日

※日付は歯科口腔外科外来で記入しますので、
ご記入されないようお願いいたします。

お口のカルテ



あなたのお口の健康を守るためのカルテです。
受診先へ忘れずに提出しましょう。

氏名: _____

※名前シールを作成し、貼り付けてください。



なぜ、お口のケアが大切なのか？

がん治療では、手術や抗がん剤治療、放射線治療などを行い、がん細胞を攻撃しますが、正常な細胞に影響を及ぼすこともあります。

治療の副作用のうち、いくつかは口腔内に症状が出てしまうことがあります。

特に**口内炎**や**口腔乾燥**、**口腔粘膜のただれ**や**感染**などによる**口腔内の不快感**や**疼痛**などの口腔トラブルが多く発生し、時には、お口の中の細菌によって引き起こされる虫歯や歯周病などが急に症状を現すこともあります。

こうしたことで食事や会話、睡眠などが不十分となり、身体的・精神的に大きなダメージを受け、更にがん治療の延期または中止せざるを得ない状況も想定されます。

がん治療を予定通りに行っていくためには、**治療前の歯科受診**や**口腔ケア**が**とても重要**です。口腔ケアによって、口腔内の副作用や合併症を減らすことができます。

また治療後であっても、常に口腔内を清潔に保つことで、いつまでも**おいしく食べ**、**楽しく会話**をし、患者さんやご家族の生活の質を高めることができます。この事は、がん治療の生活を支えるものとなるでしょう。

あなたのお口の健康を守るためのカルテです。
受診先へ忘れずに提出しましょう。



がん治療中に口腔ケアが必要な

ワケ
理由!!



★抗がん剤治療を受ける方

抗がん剤治療を行うと、特に口腔粘膜は影響を受けやすく、口内炎・味覚障害・口腔乾燥など様々なトラブルを発生します。抗がん剤が直接作用し、口の中に炎症を起こす場合と、抵抗力が下がるために放置していた虫歯や歯周病が悪化することがあります。そのため、**症状が悪化する可能性がある部位を早く見つけて、対処することで症状の悪化を防ぐことができます。**

★ゾメタ・ランマークなどを使用している方

ゾメタ・ランマークというお薬は、がん細胞によって骨が脆くなるのを防いだり、痛みなどを和らげたりする効果があります。その一方で、長期投与により、稀に、顎の骨が壊死する事があります。特に抜歯などの歯科治療に関連して起こることが多いため、**ゾメタ・ランマーク・血管新生阻害薬を使用する場合には、抜歯を避けることや入れ歯の使い心地を確認し、口内を清潔に保つことがとても重要**になります。

★口の中・のど・鼻・首などへ放射線治療を受けられる方

放射線治療で、唾液を出す細胞が障害を受けると唾液の量が少なくなります。開始2週間目後半から症状が強くなります。治療終了後、1ヶ月程度で口内炎は回復しますが、口腔乾燥や味覚障害は長期間続きます。また、放射線治療を受けた部分の抜歯は、**顎骨壊死や骨髄炎を引き起こす可能性があるため禁忌**です。抜歯が必要な場合は治療前に済ませておく必要があります。治療開始後は、**抜歯をすることにならないよう、口腔ケアの継続が必要**です。

★手術を受けられる方

手術前に口腔ケアを行うことで、**手術後の肺炎や感染性心内膜炎などを予防することが重要**です。

★在宅療養の方★

治療後、ご自宅へ戻られてからも常にお口の中を清潔にしておくことは、いつまでもおいしく食べ、楽しく会話をし、心も身体も豊かに生活できることにつながります。しかし、口腔内に異常が見られてもなかなか歯科受診することが難しい場合もあります。

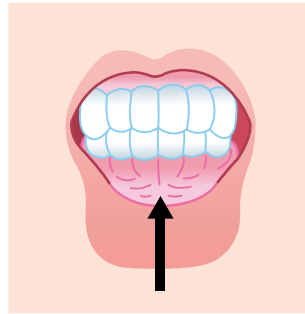
そのような場合は、ご自宅で歯科治療や口腔ケアを受けれる**訪問歯科診療**がありますので、ご活用していただければと思います。是非、かかりつけ医にご相談ください。

口腔内に起こりやすいトラブル

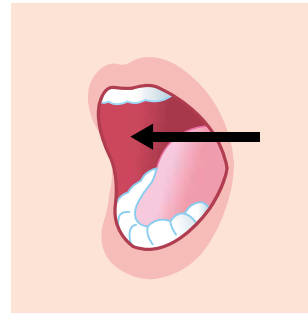
➤ 口腔粘膜炎・口内炎

抗がん剤や放射線治療の副作用として、口腔粘膜炎が生じたり、抵抗力・免疫力が低下して口内炎が起きたりします。

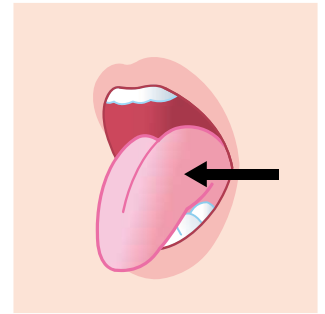
口腔粘膜炎が
起こりやすい場所



くちびるの裏



口角からほお粘膜



舌側縁部から舌腹

➤ 口腔乾燥

治療の影響で唾液を出す細胞が障害されたり、治療に用いられる薬剤の作用で口腔乾燥を引き起こすことがあります。口の中が乾燥すると、傷ができやすい、出血しやすい、口内炎が起こる、痛くなる、味覚が変わる、味がわからなくなるなどの症状が出てきます。

➤ 舌苔

舌苔とは、上皮細胞や白血球、大量の細菌が堆積したもので、いわゆる舌の汚れです。肺炎や口臭の原因となり、舌苔を除去するとインフルエンザの予防になることも証明されています。口腔乾燥、水分・食事摂取の低下、抵抗力が低下した場合などに多く発生します。舌苔は体調のバロメーターともいわれます。

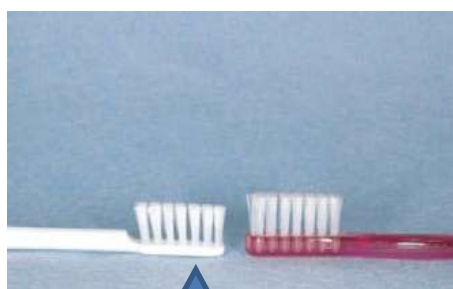
がん治療中のお口のお手入れ方法

【患者さんご自身によるセルフケア、基本は歯磨きです】

ご自身で**歯磨き**や**うがい**などができる方は、体調に合わせながら無理のない範囲で継続して行っていきます。特に**お口からものを食べていない時こそ、口腔ケアがとても重要になります。**

はじめに、歯科衛生士が患者さんのお口に適したケア用品を選びます。

【**歯ブラシの選び方**】・・・ヘッド部分が小さく、毛先がやわらかいものを選びましょう。お口を開けるのが困難な場合は、シングルブラシなどを使います。



お口の粘膜を傷つけないように、ヘッドが薄いものを選びます。

【**磨き方**】・・・歯と歯ぐきの境目や、歯と歯の間に汚れがたまりやすいので、ブラシをしっかりとあてて、横に小さく動かして1本ずつ磨くようにします。

痛みがある場合には、**局所麻酔剤**を綿棒などで薄く塗ってからケアを行います。

みがき残しやすい部位



噛み合わせ

歯と歯の間

歯と歯肉の境目

【**回数**】・・・歯磨きは、毎食後に行うのが理想的です。難しい場合でも、1日1回は行いましょう。どうしても体調がすぐれない時は、うがいだけでも行いましょう。

【**歯磨き剤**】・・・なるべく刺激の少ないものを選びましょう。特に歯磨き剤をつけなくても大丈夫です。口腔乾燥による虫歯予防のために、フッ素配合のものを選ぶと良いでしょう。

口腔内の保湿の仕方

【口腔乾燥への対策は、**保湿**が主体となります】

口腔乾燥の症状をやわらげるものとして、口腔保湿剤があります。これは口の渇き、ヒリヒリしみる感じ、出血、痛みなどのつらい症状を和らげ、粘膜を保護してくれます。

保湿剤には、ジェルやスプレー、うがい薬などがあります。スプレーやうがい薬は、手軽ですぐにうるおいを実感できますが、水分量が多いため、どうしても成分が流れやすく、保湿の持続時間が短いのが難点です。うがいをして、粘膜に水分を与えたあと、蒸発を防ぐため、**保湿剤を薄く塗布**しましょう。



頬の内側



唇の裏側



口蓋



舌

舌苔のお手入れの仕方



【舌苔ケアの方法】

- ①歯ブラシのハンドル部分にガーゼを巻き、水で濡らします。
- ②舌の奥から手前に、**軽い力**で10回位なできるように拭きます。
息を吐きながら拭くと、吐き気を感じにくいです。
- ③1日1回、朝に行うと効果的です。

入れ歯の不具合について

入れ歯を使用している場合、入れ歯が合っているか、粘膜にあたって傷ができていないか、痛みはないかなどのチェックが必要となります。

歯ぐきがやせたり、口腔乾燥によって痛みを感じたりすると、入れ歯の使用が困難となります。入れ歯が合わないからと外したままにしておくと、使用できなくなります。

また、外さず装着したままにしておくと、入れ歯には目に見えない細菌やカビがたくさん付着しています。特にカンジダ（かび）の温床となってしまいます。

入れ歯のお手入れの仕方

- 毎食後、きちんと外し、ブラシを使用して、流水下ですっきりと洗いましょう。バネがついている場合には、バネの内側までしっかり磨くようにします。入れ歯を磨くときには歯磨剤は使用しないでください（歯みがき剤の研磨剤が入れ歯の表面に傷をつけ、そこに雑菌がつきやすくなります）。
- 就寝時に入れ歯を外し、水の入ったコップなどに保管しておきます。
- 入れ歯を乾燥させると、変形などの原因にもなりますので、正しく保管しましょう。また、入れ歯洗浄剤を使用すると、菌の繁殖をおさえることができます。（部分入れ歯用と総入れ歯用で、洗浄剤が異なりますので注意しましょう）

がん治療中の方の入れ歯使用について

お口の中に痛みや潰瘍などがある場合は、入れ歯の使用について歯科医師にご相談ください。食事の時だけ装着するようしたり、カンジダ（かび）が発生している場合は、改善するまで入れ歯の使用を控える、などの指示があります。無理に装着しないようにしましょう。



お口のカルテの使い方

1. がん治療が始まる前に、看護師がお口の中を診察します。
お口の中で気になることやお手入れの仕方、かかりつけの歯科があるかなどをお聞きし、お口のカルテへ記入します。
2. お口の中にトラブルが見つかり、お手入れ方法を指導してもらう場合や主治医から歯科受診をすすめられた場合は**お口のカルテを持って歯科を受診します。**
3. がんの治療中は、**お口のカルテを使ってお口の中の状態をチェック**します。毎月、お口の中をチェックし、ご自分のお口の状態に合わせて、正しくケアをすることが心も身体もより良い状態でがん治療を受けられる基礎となります。

お口のカルテの記入方法

お口のカルテは1ヶ月で見開き1ページを使用します。

「**歯科受診をするとき**」「**入院をするとき**」「**外来治療をするとき**」には、**必ず持参**しましょう！

※在宅で訪問看護師や訪問歯科の方が来たときにも使用します。

患者・患者家族(代筆の場合)	病院受診時、歯科受診時まで に 患者記入欄(青色太枠内) を記入し、お口のカルテを持ってきてください。
医師・看護師	患者の口腔内を観察し、 医療者記入欄(緑色太枠内) へ記載してください。
歯科	歯科受診した時の口腔内の状況や指導内容などを 歯科記入欄(オレンジ太枠内) に記載してください。

※自由記載欄は伝えたいことを書いたり、ご自分用のメモに使用したり、ご活用ください。

アセスメントシート

病名

歯科治療に注意を要する薬剤一覧

※この薬剤を使用している患者さんが抜歯する時は、主治医に確認が必要です。

治療の日程



手術

化学療法

放射線療法

/

/

/

血管新生阻害薬

あり

なし

抗血栓薬

あり

なし

ゾメタ・ランマーク
などの骨修復薬

あり

なし

① 栄養摂取方法

経口

経管

点滴

② 出血傾向

あり

なし

③ 易感染状況

あり

なし

④ かかりつけの歯科

あり

なし

⑤ 訪問看護

あり

なし

⑥ 訪問歯科

あり

なし

記載日：

年

月

日

記載者サイン：

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

- お口の中に痛みがある 舌が白くなっている
 お口の中が乾燥している 味が感じにくい
 お口の中や唇から出血する 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

左下の奥の歯茎が腫れている感じがあります。

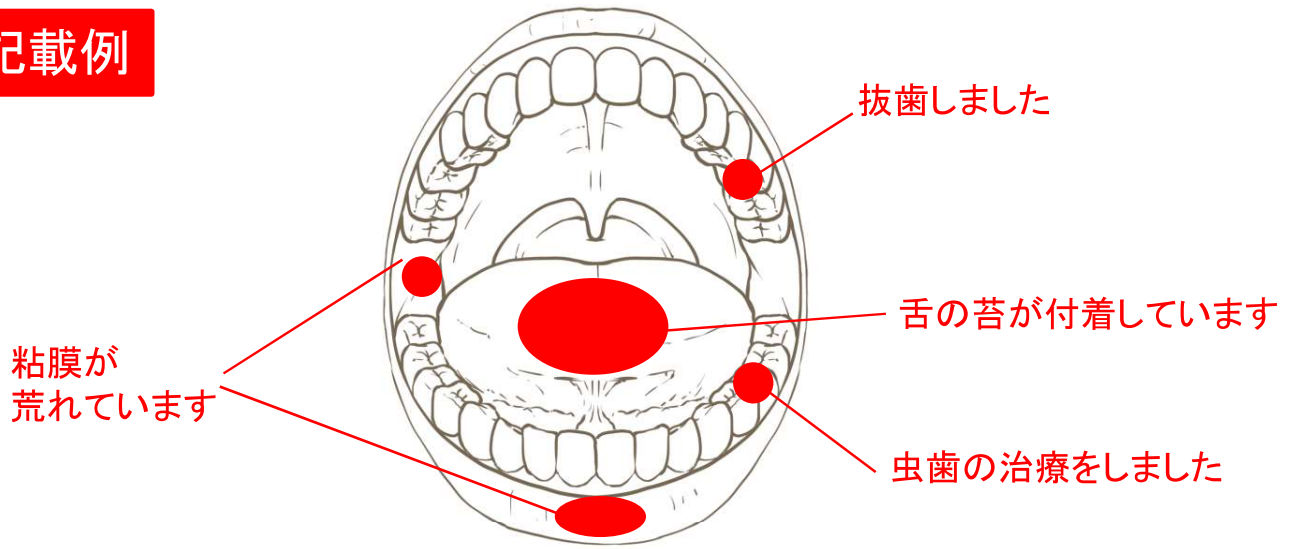
【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前	<input type="checkbox"/> 手術後	<input checked="" type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用
口臭	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input checked="" type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】

1週間くらい前から歯肉の違和感があります。

記載例



【歯科治療・指導内容】

医療機関名(**歯科医院名を記載します** 例:〇〇歯科医院)

内容	実施日		内容	実施日	
	県病	連携医		県病	連携医
ブラッシング指導	2/5		根管治療	1/10	
ポケット洗浄			抜歯	1/14	
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎	1/15	補綴処置		
	下顎			1/22	
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【歯科従事者記載欄】

- ・少しずつ、お口の中は改善してきています。
- ・ハミガキの成果が出ています。
- ⇒何かございましたら、すぐに連絡して下さい。

★歯磨きのポイント★

口の中で荒れているところや痛みがある場合は、キシロカインゼリーを塗布してから柔らかな歯ブラシで磨きましょう。

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

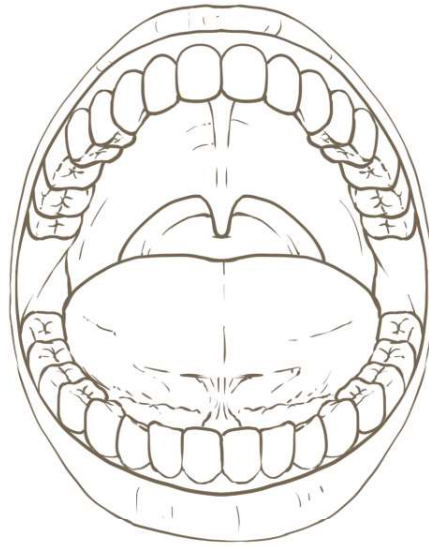
- お口の中に痛みがある
- お口の中が乾燥している
- お口の中や唇から出血する
- 舌が白くなっている
- 味が感じにくい
- 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前		<input type="checkbox"/> 手術後		<input type="checkbox"/> 化学療法
		<input type="checkbox"/> 放射線治療		<input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内 容	実施日		内 容	実施日	
	県 病	連携医		県 病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

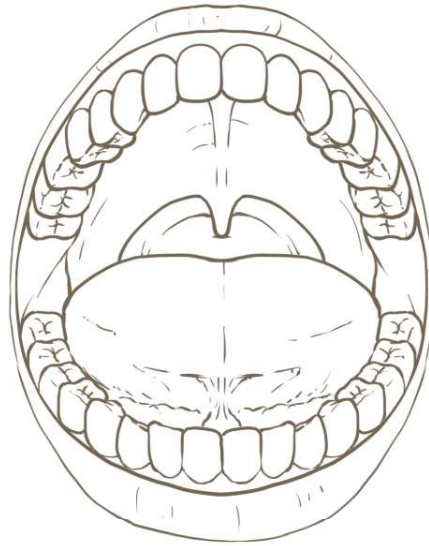
- お口の中に痛みがある 舌が白くなっている
 お口の中が乾燥している 味が感じにくい
 お口の中や唇から出血する 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前 <input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用				
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内 容	実施日		内 容	実施日	
	県 病	連携医		県 病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

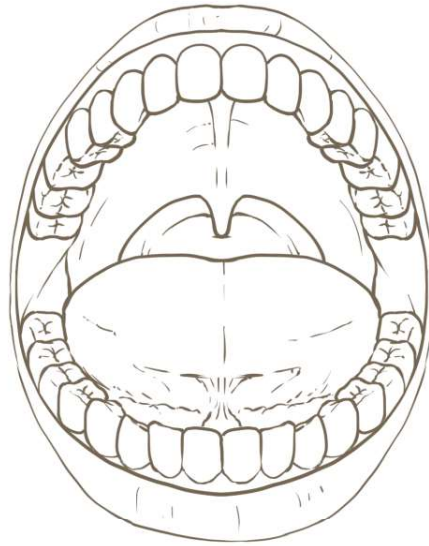
- お口の中に痛みがある
- お口の中が乾燥している
- お口の中や唇から出血する
- 舌が白くなっている
- 味が感じにくい
- 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前	<input type="checkbox"/> 手術後	<input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内 容	実施日		内 容	実施日	
	県 病	連携医		県 病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

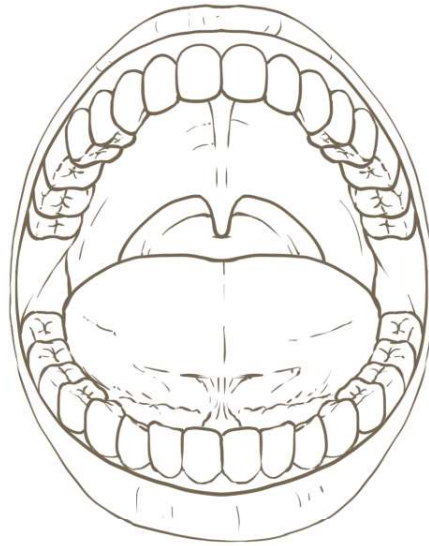
- お口の中に痛みがある
- お口の中が乾燥している
- お口の中や唇から出血する
- 舌が白くなっている
- 味が感じにくい
- 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前 <input type="checkbox"/> 手術後		<input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内容	実施日		内容	実施日	
	県病	連携医		県病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

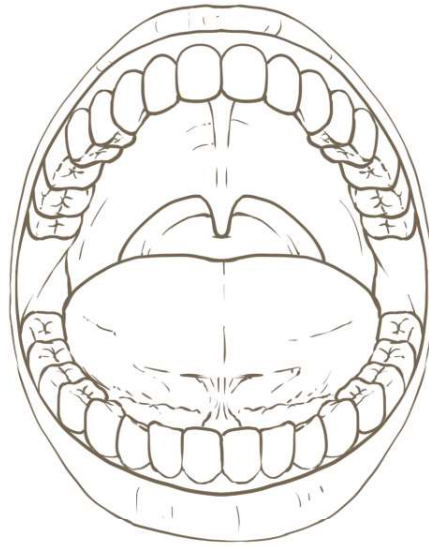
- お口の中に痛みがある 舌が白くなっている
 お口の中が乾燥している 味が感じにくい
 お口の中や唇から出血する 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前 <input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用				
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内容	実施日		内容	実施日	
	県病	連携医		県病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

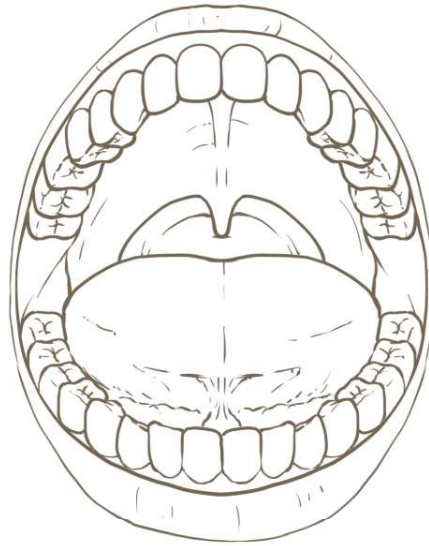
- お口の中に痛みがある
- お口の中が乾燥している
- お口の中や唇から出血する
- 舌が白くなっている
- 味が感じにくい
- 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前		<input type="checkbox"/> 手術後		<input type="checkbox"/> 化学療法
		<input type="checkbox"/> 放射線治療		<input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内 容	実施日		内 容	実施日	
	県 病	連携医		県 病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

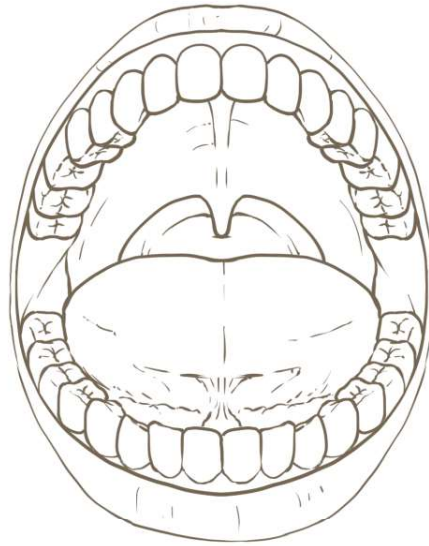
- お口の中に痛みがある
- お口の中が乾燥している
- お口の中や唇から出血する
- 舌が白くなっている
- 味が感じにくい
- 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前 <input type="checkbox"/> 手術後		<input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内 容	実施日		内 容	実施日	
	県 病	連携医		県 病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

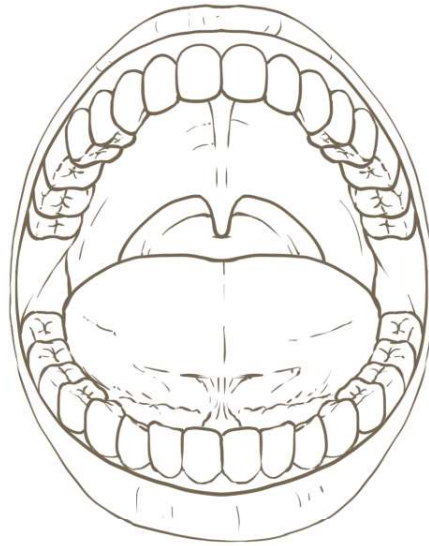
- お口の中に痛みがある
- お口の中が乾燥している
- お口の中や唇から出血する
- 舌が白くなっている
- 味が感じにくい
- 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前		<input type="checkbox"/> 手術後		<input type="checkbox"/> 化学療法
		<input type="checkbox"/> 放射線治療		<input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内容	実施日		内容	実施日	
	県病	連携医		県病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

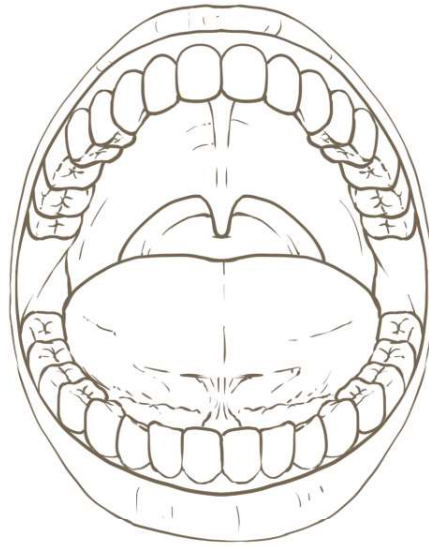
- お口の中に痛みがある 舌が白くなっている
 お口の中が乾燥している 味が感じにくい
 お口の中や唇から出血する 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前 <input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用				
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内 容	実施日		内 容	実施日	
	県 病	連携医		県 病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

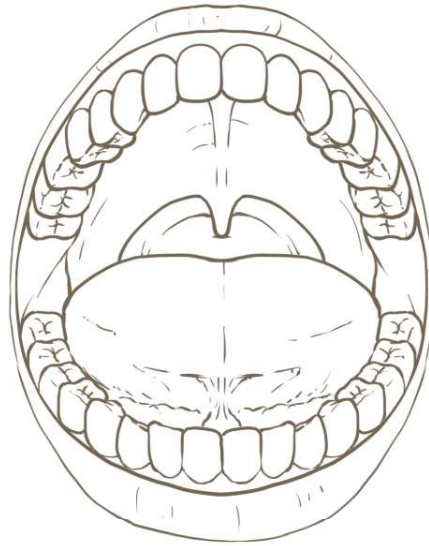
- お口の中に痛みがある 舌が白くなっている
 お口の中が乾燥している 味が感じにくい
 お口の中や唇から出血する 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前 <input type="checkbox"/> 手術後 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用				
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内 容	実施日		内 容	実施日	
	県 病	連携医		県 病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★

【患者・患者家族記入欄】

* 歯みがき：できる できない 介助で行う 1日()回

* 今現在、お口の中で困っていることは何ですか？

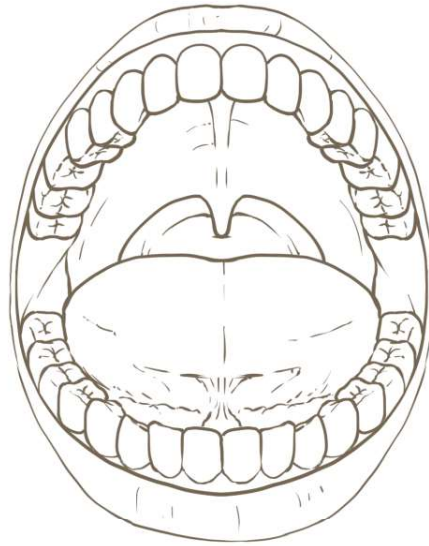
- お口の中に痛みがある 舌が白くなっている
 お口の中が乾燥している 味が感じにくい
 お口の中や唇から出血する 食事がとれない

【お口の中で困っていることをご自由にお書きください】

【医療従事者記入欄】

《口腔内アセスメント》		記載者：		
<input type="checkbox"/> 手術前	<input type="checkbox"/> 手術後	<input type="checkbox"/> 化学療法	<input type="checkbox"/> 放射線治療	<input type="checkbox"/> ゾメタ・ランマーク使用
口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
歯	<input type="checkbox"/> う歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 食物残渣			
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない)			
	発赤	潰瘍	出血	
口唇	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯肉	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
舌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
粘膜	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

【患者へ伝えたいこと・歯科へ連絡したいこと等】



【歯科治療・指導内容】

医療機関名 ()

内容	実施日		内容	実施日	
	県病	連携医		県病	連携医
ブラッシング指導			根管治療		
ポケット洗浄			抜歯		
舌苔除去			義歯調整・修理・作成		
歯石除去	上顎		補綴処置		
	下顎				
虫歯治療			その他		

◆プラークスコア(お口の中の清潔度) 年 月 日(%)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

【歯科従事者記載欄】

★歯磨きのポイント★

☆治療したところ☆

★アドバイス★



青森県立中央病院

青森県立中央病院 がん診療センター

歯科口腔外科 外来 TEL.017-726-8207

第7版 2024.2