「口腔機能管理報告書 (放射線化学療法)2号用紙 ID番号 : 患者氏名:			
年	月 日	周術期専門的口腔衛	「生処置実施 (あり ・ なし
歯・歯肉の状 □ 良好 粘膜の乾燥 □ 乾燥な 【 指導内容 】		や乾燥 □ 乾燥強い	○ 炎症や要治療歯あり
年	月 日	周術期専門的口腔衛	近生処置実施 (あり ・ なし
粘膜の乾燥		り(C2以上・歯石等)	□ 炎症や要治療歯あり