

周術期等口腔機能管理報告書（術前）

提供先医療機関の名称：相模原協同病院
 所在地：神奈川県相模原市緑区橋本台4-3-1
 電話：042-761-6020（代表）

記入日 年 月 日

ID番号： _____

提供元歯科医療機関名： _____

患者氏名： _____

歯科医師名： _____

【口腔内の評価】

口腔内衛生状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	歯の状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 虫歯あり <input type="checkbox"/> 固定する歯がある
歯肉の状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 歯石あり <input type="checkbox"/> 炎症がある	粘膜の乾燥 <input type="checkbox"/> 乾燥なし <input type="checkbox"/> やや乾燥 <input type="checkbox"/> 乾燥強い
	義歯の状態： <input type="checkbox"/> 義歯あり <input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 良好・概ね良好 <input type="checkbox"/> 適合悪い <input type="checkbox"/> 使用していない

【歯式】	【治療内容】

【その他 連絡事項】