

周術期等口腔機能管理報告書（放射線療法化学療法前）

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2-8-18
電話：042-772-4291（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：

齒科醫師名：_____

【口腔内の評価】

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

【歯式】	【治療内容】

【その他 連絡事項】