

# 地域連携口腔ケアサマリー

宛先 \_\_\_\_\_ 御中  
担当者様

記入日	年 月 日
医療機関名	
担当歯科衛生士	

フリガナ 氏名	様	性別	男	住所	
生年月日	年 月 日	( 歳)		電話番号	
発症日	年 月 日	現病歴・既往歴・服薬		継続看護サマリー参照	

歯式	右上	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																	左上
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																				
	右下																	左下																																																	
<歯式>    △：欠損歯    /：健全歯    ○：処置歯    C：むし歯    P：動揺歯																																																																			
義歯	義歯（上）		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 総義歯	<input type="checkbox"/> 部分義歯																																																														
	義歯（下）		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 総義歯	<input type="checkbox"/> 部分義歯																																																														
歯磨きの自立度	うがい			使用用具			デンタルフロス																																																												
手順	<input type="checkbox"/> 口腔保湿		→	<input type="checkbox"/> 腔内湿潤		→	歯牙ブラッシング				→	<input type="checkbox"/> 腔粘膜スポンジブラシ清拭				→	<input type="checkbox"/> 腔内全体保湿																																																		
口腔内状態	<input type="checkbox"/> 歯石	<input type="checkbox"/> 歯周病	<input type="checkbox"/> 歯肉出血	<input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> 口臭	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥																																																													
	<input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎	<input type="checkbox"/> カンジダ	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 剥離上皮	<input type="checkbox"/> 粘膜出血																																																														
備考	歯式 																																																																		

※お願い 今後、在宅の場合は訪問口腔ケアに、施設の場合は協力歯科医またはかかりつけ歯科医につなげてください。