

千葉県共用がん地域医療連携パス 診療計画表
口腔ケアパス(手術時)

計画策定病院名(がん治療病院):	主治医:
	口腔管理担当医:
連携医療機関名(歯科診療所):	連絡先:
	主治医:
	連絡先:

患者様氏名	様	生年月日 年齢・性別	T S H 年 月 日 (歳) 男・女
計画策定病院患者ID:			

主病に対する手術の予定等		連携パス計画策定日(年 月 日) 周術期口腔機能管理計画書(周計)策定日(年 月 日)										
		経過	方針決定後 歯科依頼日	適宜	入院前日まで	入院後 手術前	入院後 手術前	術後 退院前	術後 退院前	術後方針 決定後	以降	
連携パス計画策定病院	主病の予定	疾患名(がん等):	●	(○)	○	●	(●)	●	●	●	(○)	
		入院予定日:										
		手術予定日:										
		手術実施施設名:										
		手術実施診療科名:										
		術前化学療法 無・有 最終投与日										
	アウトカム(目標)	計画通りに口腔ケアを実施でき、周術期口腔関連合併症を起こさず患者が退院できること										
		診察	問診・全身状態評価	●	(○)	○	●	(●)	●	●	●	(○)
			継続的な口腔ケア必要性評価	●			●	(●)	●	●	●	
			術後化学療法実施有無判断	●							●	
	検査	口腔評価	●	(○)	○	●	(●)	●	●	(○)		
		動揺歯牙有無の確認		(○)	(○)	●	(●)				(○)	
		義歯適合確認		(○)	(○)	(●)	(●)				(○)	
	管理計画(周術期口腔機能管理計画書)の内容に従	スケーリング		(○)	(○)	(●)	(●)				(○)	
		動揺歯牙の固定・抜歯・マウスピース		(○)	(○)	(●)	(●)					
		義歯調整、修理		(○)	(○)	(●)	(●)				(○)	
		その他治療(齶蝕治療等歯科治療)		(○)	(○)	(●)	(●)				(○)	
	説明・指導	周術期口腔ケアの必要性を説明	●									
		口腔衛生指導(セルフケアの確立)		(○)	○	●	(●)	●	●	●	(○)	
		周術期(入院中の)口腔管理指導				●	(●)	●	●			
	書類	周術期口腔機能管理計画書 #	●									
		周術期口腔機能管理報告書			○	●		●	●	(●)		
		診療情報提供書	●		○					(●)		

○は、連携医療機関(歯科診療所)へ受診して検査・治療を行います。(○)は必要時

●は、計画策定病院(がん治療病院)へ受診して検査・治療を行います。(●)は必要時

※患者さん毎の具体的な処置内容は周術期口腔機能管理計画書に記載します。

※受診回数、処置内容は患者さん毎に異なります。

#病院歯科なしの場合は、周術期口腔管理計画書は連携医療機関で作成します。

私は、がん口腔ケア(手術時)の診療計画について説明を受けました。
記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。

西暦 年 月 日 お名前 _____ (本人)