

千葉県口腔ケア地域連携バス 診療計画表・診療経過表
骨修飾薬(デノスマブおよびゾレドロン酸)等

患者様氏名	様	生年月日	____年____月____日	性別	男・女
計画策定病院患者ID:					

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

アウトカム(到達目標)
計画通りに口腔ケアを実施し、薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の発症のリスクを軽減、発症時の早期発見、早期対応
連携バス計画策定日
年 月 日
骨修飾薬等
☐ :デノスマブ(ランマーク)
☐ :ゾレドロン酸(ゾメタ)
☐ :
投与開始日 年 月 日
連携医療機関の先生へ
注意事項

①●: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。
②病院歯科なしの場合は、実施可能な範囲で修正してください(医療体制により連携前●⇒○にしてもよいですが、後方支援口腔外科と連携が望ましい)。
③○:連携医療機関(診療所等)へ受診して検査・治療を行います。
④受診回数、処置内容は患者さん毎に異なります。また、受診回数を制限するものではありませんので、必要な治療があれば計画策定病院と相談し、治療を行ってください。
⑤経過中、計画外の受診、処置は手書きで追記してください。未実施/未評価項目は斜線等記載してください。
⑥病院と診療所等との目で見る連携を目的としますので、雛形での受診計画を参考に、各計画策定病院毎に具体的な計画を立ててください(本書をダウンロード後、適宜修正可能です)。12カ月毎で1シートとしていますので、適宜追加して受診計画を立ててください。
千葉県共用がん地域連携バスサイト
<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/ganpasu.html>

千葉県 医療連携バス

検索

診療計画表 ●:計画策定病院/ ○:連携医療機関(診療所等)																							
受診計画		連携前	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 3力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 6力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 9力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月	連携後 年 力月
実際の受診日⇒			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受診予定⇒		●					○					●	○					○				●	○
検査	口腔(骨、粘膜)評価	●					○					●	○					○				●	○
	画像検査(PX,CT等)	●																					
	歯周基本検査	●																					
診察	MRONJリスク評価	●										●										●	
	リスク因子の説明、バスの説明	●																					
書類	診療計画表(本書)作成・見直し	●																					
	診療経過表(本書)記入						○					●	○					○				●	●
	診療情報提供書	●																					
処置・指導	口腔衛生指導(セルフケア確立)						○						○					○					○
	除石						○						○					○					○
	投薬																						
備考	抜歯を含む観血的歯科治療																						
診療経過表																							
所見	1-5所見がある場合は計画策定病院適宜臨時受診を検討	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓
	1. 骨露出(または骨を触知する瘻孔)																						
	2. 顎骨疼痛																						
	3. 排膿																						
	4. 粘膜発赤または腫脹																						
	5. 口腔外瘻孔																						
	その他所見、備考(上記1-5所見で追加項目等あれば記載ください)																						

千葉県口腔ケア地域連携バス 診療計画表・診療経過表
骨修飾薬(デノスマブおよびゾレドロン酸)等

記入例

計画策定病院名 (がん治療病院):	千葉県がんセンター	口腔管理担当医	C橋 D樹
連携医療機関名 (診療所等):	ちーばくん歯科医院(連携医療機関で記入)	主治医(担当医)	E川 F子 (連携医療機関で記入)

患者様氏名	A田B郎 様	生年月日	S17 年 1 月 1 日
計画策定病院患者ID: 1234567		性別	男 女

アウトカム(到達目標)
計画通りに口腔ケアを実施し、薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の発症のリスクを軽減、発症時の早期発見、早期対応
連携バス計画策定日
2023 年 4 月 1 日
骨修飾薬等
■: デノスマブ(ランマーク)
□: ゾレドロン酸(ゾメタ)
□:
投与開始日: 2023年4月1日
連携医療機関の先生へ
肺癌、骨転移に対し、上記薬剤を投与しております。本計画表に基づき、貴院と連携し、骨修飾投与中の口腔ケアを行いますので、ご高診よろしくお願いいたします。
注意事項

①●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。
②病院歯科なしの場合は、実施可能な範囲で修正してください(医療体制により連携前●⇒○にしてもよいですが、後方支援口腔外科と連携が望ましい)。
③○連携医療機関(診療所等)へ受診して検査・治療を行います。
④受診回数、処置内容は患者さん毎に異なります。また、受診回数を制限するものではありませんので、必要な治療があれば計画策定病院と相談し、治療を行ってください。
⑤経過中、計画外の受診、処置は手書きで追記してください。未実施/未評価項目は斜線等記載してください。
⑥病院と診療所等との目で見える連携を目的としますので、雛形での受診計画を参考に、各計画策定病院毎に具体的な計画を立ててください(本書をダウンロード後、適宜修正可能です)。12か月毎で1シートとしていますので、適宜追加して受診計画を立ててください。
千葉県共用がん地域連携バスサイト
<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/ganpasu.html>

診療計画表		●: 計画策定病院/ ○: 連携医療機関(診療所等)																										
受診計画		連携前		連携後 年 1 月		連携後 年 2 月		連携後 年 3 月		連携後 年 4 月		連携後 年 5 月		連携後 年 6 月		連携後 年 7 月		連携後 年 8 月		連携後 年 9 月		連携後 年 10 月		連携後 年 11 月		連携後 1 年 1 月		
実際の受診日⇒				/	/	/	6/7	/	/	/	8/20	/	/	10/14	10/25	/	/	/	12/28	1/4	/	2/1	/	3/1	/	4/2	4/16	
受診予定⇒		●					○				○			●	○				○	●		●	○	●		●	○	
検査	口腔(骨、粘膜)評価	●					○				○			●	○				○	●		●	○	●		●	○	
	画像検査(PX CT等)	●												●						●				●				
計画策定病院から連携医療機関へ診療上必要な連絡、伝達事項があれば記載。必須項目ではない。														●												●		
書類	診療計画表(本書)作成・見直し	●																										
	診療経過表(本書)記入						○				○			●	○				○	●		●	○	●		●	●	
	診療情報提供書	●																	○					●				
処置・指導	口腔衛生指導(セルフケア確立)						○				○				○				○	●		●	○	●			○	
	除石						○				○				○				○				○				○	
	投薬																					●						
備考	抜歯を含む観血的歯科治療																											
検査、処置など上記以外に特記すべき項目あれば備考に記載																												
除石予定も未実施のため斜線など記入																												
診療経過表																												
所見	1-5所見がある場合は計画策定病院適宜臨時受診を検討	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓	所見あり→✓
	1. 骨露出(または骨を触知する瘻孔)																			✓	✓		✓		✓		✓	✓
	2. 顎骨疼痛																			✓	✓							
	3. 排膿																			✓	✓							
	4. 粘膜発赤または腫脹																											
	5. 口腔外瘻孔																											
	その他所見、備考(上記1-5所見で追加項目あれば記載ください)																											
赤字: 患者毎に手書き(手入力)になる可能性の部位 緑枠: バス実行中に手書きで記入する部位																												