

千葉県口腔ケア地域連携パス 診療計画表・診療経過表
口腔ケア(手術後)

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):		診療所担当医	

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

アウトカム(到達目標)			
がん手術後に切れ目のない連携で適切な口腔管理を継続していただけること 今後の有事に備え、良好な口腔状態を維持できること			
連携パス計画策定日	年 月 日		
疾患名			
手術内容			
手術日	年 月 日		
退院日(予定日)	年 月 日		
術後化学療法	あり・なし	頭頸部領域への術後放射線治療	あり・なし
☐ 上記未記載の場合、診療情報提供書をご参照ください。			
連携医療機関の先生へ			
①退院後の術後口腔管理を実施ください。 ②術後3カ月までは周管1(術後)で算定ください。 ③術後3か月間の経過を記載後、複写を封印の上計画策定病院へ返送ください。 備考) # ●印:計画策定病院(がん治療病院)記載項目。 # ○印:連携医療機関(診療所等)記載項目。 # 別紙、記入例も参考にしてください。 ※千葉県共用がん地域連携パスサイト https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/ganpasu.html#a01			
千葉県 医療連携パス 検索			
計画策定病院からの連絡・伝達事項			

診療計画表		●:計画策定病院		○:地域医療機関(診療所等)														
受診計画				手術後 1カ月				手術後 2カ月				手術後 3カ月						
受診予定⇒				○					○					○				
実際の受診日⇒				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
計画策定病院へ本書(複写)送付																		○
計画策定病院で本書(複写)保管		●(3か月経過後、受領)																
算定項目	周計策定	●地域連携機関(診療所等)へ複写を提供																
	周管Ⅱ	●(術前)	●(術後)	●(術後)														
	周管Ⅰ術後(書類:周術期口腔機能管理報告書)								○(書類)					○(書類)				
	術口術	●	●	●														
実施内容	口腔管理	●	●	●					○					○				
	口腔管理内容 (診療所等では 歯科治療内容でも可)	・人工呼吸関連性肺炎対策 ・創部感染対策 ・ ・ ・																
診療経過表		●:計画策定病院		○:地域医療機関(診療所等)														
所見	所見あれば→✓																	
	所見詳細、備考																	

