

診療情報提供書 ver.1

令和 年 月 日

歯科医療機関名 _____

初診担当先生御侍史

〒194-0023

東京都町田市旭町 2 丁目 1 5 - 4 1

町田市民病院 _____ 科

担当医師名 _____

患者氏名 [登録番号]		性別		生年月日	
----------------	--	----	--	------	--

住所		電話番号	
----	--	------	--

傷病名

紹介目的
 周術期口腔機能管理の実施依頼

病状経過・治療経過
平素よりお世話になっております。下記の治療を予定しております。

原疾患名： _____

全身麻酔下の外科手術
術式： _____
手術予定日： _____ 年 月 日・未定

ご多忙の折、恐縮ですが貴院にて周術期口腔機能管理をお願い致します。
なお、実施に当たり、以下の目標に実施を行っていただければ幸いです。

口腔衛生指導	セルフケアにてプラークコントロールができていること
歯周組織管理	排膿や疼痛といった急性感染巣がないこと 動揺歯が容易に脱離しないようにしっかりと固定がなされていること
補綴物管理	破損等がなく入院期間中の応急処置等を要しないこと 安定剤、清掃物品等を適切に使用できること

【申し送り事項】 ご不明な点がある際はご連絡ください。

周術期等口腔機能管理計画書 ver.1

依頼元 町田市民病院 【 】科 担当医師【 】

患者氏名 日生	ID番号..... 男・女 大正・昭和・平成 年 月 日
主病の手術等の予定	<input type="checkbox"/> 入院 予定日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 予定日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 () 予定日 平成 年 月 日
基礎疾患の状態	全身状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 基礎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他 () 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他) ADL (日常生活動作) <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 歩行 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可
生活習慣	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他 ()
口腔内の状態等 (現症及び手術等によって 予測される変化等)	【口腔内の状態】 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 舌炎 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 義歯の不調 <input type="checkbox"/> 歯の喪失 要治療部位 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要治療の状態または疾患名 () 【予測される口腔内の変化】 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口腔内感染症 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> 歯肉や口唇のしびれ <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 舌炎 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
周術期の口腔機能管理で 実施する内容	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 口腔内装置 <input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 冠 (調整 ・ 除去) <input type="checkbox"/> 義歯 (製作 ・ 修理 ・ 調整) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 口腔の保湿・含嗽 <input type="checkbox"/> 専門的口腔衛生処置 <input type="checkbox"/> その他 ()
主病の手術等に係る患者の日常的なセルフケアに関する指導方針	<input type="checkbox"/> 食後や就寝前のご自身で行う歯磨きなど口腔清掃の徹底 <input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の使用法 (歯ブラシ・歯間ブラシ・フロス) 指導 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥対策 (状況に応じた対処法の指導) <input type="checkbox"/> 口内炎・口腔粘膜炎対策 (保湿および含嗽方法の指導) <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の指導 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他の必要な内容	

令和 年 月 日 策定

歯科医療機関名： _____

当該管理の担当歯科医師名： _____

(歯科医院→病院歯科への依頼用)

周術期等口腔機能管理の依頼

令和 年 月 日

町田市民病院

歯科口腔外科 猪俣徹 先生御侍史

いつも大変お世話になっております。

この度は、患者 _____ 様をご紹介します。

貴院 _____ 科よりご依頼を受けたまわり、術前の周術期等口腔機能管理を行いました。

つきましては、入院中の周術期等口腔機能管理をお願いいたします。

なお、周術期等口腔機能管理計画書を同封いたします。ご高診の程、何卒よろしくお願い申し上げます。

・当院での周術期等専門的口腔衛生処置 2(口腔粘膜保護材の使用)の実施の有無

あり

なし

歯科医療機関

所在地 _____

歯科診療所名 _____

連絡先 (TEL・FAX) _____

—

—

歯科医師名 _____

診療情報提供書 (歯科処置報告書) ver.1

令和 年 月 日

町田市民病院

科
先生御侍史

歯科医療機関名
所在地
電話番号
担当歯科医師名

患者氏名 [登録番号]		性別		生年月日	
住所				電話番号	
傷病名					
紹介目的 <input type="checkbox"/> 主病の加療 <input type="checkbox"/> 歯科処置報告 <input type="checkbox"/> 周術期口腔機能管理					
病状経過・治療経過 以下の処置を行いましたので、予定通り当該の手術の実施をお願い致します。 歯科処置実施内容					
<input type="checkbox"/> 口腔衛生指導		<input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 舌・軟組織衛生指導 <input type="checkbox"/> 義歯の取り扱いの指導 <input type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 歯科処置		<input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> う蝕治療 <input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 補綴治療 <input type="checkbox"/> 処方			
【申し送り事項】現在の口の状態で注意すべき事項や今後予定している歯科治療などがあれば記載					

周術期等口腔機能管理料（I）は、以下を目的とし

- ・ 歯科疾患を有する患者や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症（手術部位感染や病巣感染）
- ・ 手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染
- ・ 人工呼吸管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎等の術後合併症
- ・ 脳卒中により生じた摂食機能障害による誤嚥性肺炎
- ・ 術後の栄養障害

例えば次に掲げるような手術を実施する患者の周術期における口腔機能の管理を行うために、

- イ 頭頸部領域、呼吸器領域、消化器領域等の悪性腫瘍の手術
- ロ 心臓血管外科手術
- ハ 人工股関節置換術等の整形外科手術
- ニ 臓器移植手術
- ホ 造血幹細胞移植
- ヘ 脳卒中に対する手術

周術期等口腔機能管理計画に基づき歯科医師が口腔機能の管理を行い、かつ、当該管理内容に係る情報を文書により提供した場合に、歯科診療を実施している保険医療機関が算定します。

具体的には

- ① アセスメント：口腔衛生状態や口腔内の状態等の把握
- ② 主病およびその治療に関連する口腔機能の変化に伴う日常的な指導等を実施し、

点数は、手術前の場合は280点、手術後の場合は190点を算定します。

算定回数は、手術前は1回。手術後は、手術を行った日の属する月から起算して3月以内において3回が限度です。周術期等口腔機能管理料（I）の算定には、管理報告書の作成と患者への提供が必要です。

* 周術期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、一連の管理中においては患者の主治の医師と連携し、また、入院中においては主治の医師や日常の療養上の世話を行う看護師等との間で実施内容や注意事項等の情報の共有に努める。

* 周術期等の口腔機能の管理を行うに当たっては、手術前後や放射線治療等の患者の口腔機能の管理を適切に行うため、定期的に周術期等の口腔機能の管理に関する講習会や研修会等に参加し、必要な知識の習得に努める。

周術期等専門的口腔衛生処置

歯科衛生士業務記録

No

令和 年 月 日

患者氏名

□周術期等専門的口腔衛生処置 1

- ・ 口腔衛生状態

良い 普通 悪い

特記事項：

- ・ 口腔清掃器具等を用いた専門的な口腔清掃の実施

歯面に対して あり なし

舌に対して あり なし

口腔粘膜に対して あり なし

- ・ 機械的歯面清掃の実施

歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いた歯垢等の除去

あり なし

- ・ その他：

□周術期等専門的口腔衛生処置 2

- ・ がん等の治療内容

放射線治療 化学療法

- ・ 口腔衛生状態

良い 普通 悪い

特記事項：

- ・ 口腔粘膜の状態

良い 普通 悪い

特記事項：

- ・ 口腔清掃器具等を用いた専門的な口腔清掃の実施

歯面に対して あり なし

舌に対して あり なし

口腔粘膜に対して あり なし

- ・ 口腔粘膜保護材の使用方法的説明

あり なし

- ・ その他：

担当歯科衛生士

氏名

周術期等口腔機能管理計画書 ver.1.2

依頼元 町田市民病院 【 】科 担当医師【 】

患者氏名	ID 番号	男・女	大正・昭和・平成	年	月	日生
主病の手術等の予定	<input type="checkbox"/> 入院 予定日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 放射線療法 予定日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 () 予定日 令和 年 月 日					
基礎疾患の状態	全身状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 基礎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> その他 () 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> その他) ADL (日常生活動作) <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 歩行 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可					
生活習慣	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他 ()					
口腔内の状態等 (現症及び手術等によって 予測される変化等)	【口腔内の状態】 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 舌炎 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 義歯の不調 <input type="checkbox"/> 歯の喪失 要治療部位 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 要治療の状態または疾患名 () 【予測される口腔内の変化】 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口腔内感染症 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> 歯肉や口唇のしびれ <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜炎 <input type="checkbox"/> 義歯不適合 <input type="checkbox"/> 舌炎 <input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> その他 ()					
周術期の口腔機能管理で 実施する内容	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 動揺歯の固定 <input type="checkbox"/> 口腔内装置 <input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> 歯周治療 <input type="checkbox"/> 冠 (調整 ・ 除去) <input type="checkbox"/> 義歯 (製作 ・ 修理 ・ 調整) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 口腔の保湿・含嗽 <input type="checkbox"/> 専門的口腔衛生処置 <input type="checkbox"/> その他 ()					
主病の手術等に係る患者の日常的な セルフケアに関する指導方針	<input type="checkbox"/> 食後や就寝前のご自身で行う歯磨きなど口腔清掃の徹底 <input type="checkbox"/> 歯口清掃器具の使用法 (歯ブラシ・歯間ブラシ・フロス) 指導 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥対策 (状況に応じた対処法の指導) <input type="checkbox"/> 口内炎・口腔粘膜炎対策 (保湿および含嗽方法の指導) <input type="checkbox"/> 喫煙習慣の指導 <input type="checkbox"/> その他 ()					
その他の必要な内容						

令和 年 月 日 策定

歯科医療機関名：
_____当該管理の担当歯科医師名：
