



腫瘍・血液内科 口腔ケア連携票（案）

（二回目以降）

介入予定日 年 月 日

依頼病棟

介入回数 回目

担当医師 西脇 佐野 萩野

治療内容	<input type="checkbox"/> 移植 移植後 日 月
	<input type="checkbox"/> 化学療法 直近の化学療法の内容：( ) <input type="checkbox"/> 実施済み 終了日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未実施
血液検査	検査日 年 月 日 白血球数 ( / $\mu$ l) 好中球数 ( / $\mu$ l) 血小板数 ( 万/ $\mu$ l) アルブミン ( g/dl)
特記事項	精神的問題 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 内容：
	免疫抑制剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 内容：
	その他注意事項 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 内容：
<b>&lt;口腔ケア記録&gt;</b>	
介入日 年 月 日 ( 回目)	担当DH： _____
<input type="checkbox"/> PCR評価 % <input type="checkbox"/> ブラッシング指導 <input type="checkbox"/> 粘膜ケア指導 <input type="checkbox"/> 保湿指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃指導 <input type="checkbox"/> 含嗽指導 <input type="checkbox"/> 口内炎疼痛対策 <input type="checkbox"/> PMTC <input type="checkbox"/> 食指導 <input type="checkbox"/> CPITN ( ) <input type="checkbox"/> 口腔ケア用品使用法の最終確認	
オーラルケア用品：	
コメント：	
歯科医師によるアセスメント：	
次回ケア予定の有無 <input type="checkbox"/> あり (ケア予定日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> なし	
病棟への連絡事項：	