**周術期等口腔機能管理に関わる**

**基本書類について**

**平成29年3月作成**

**平成30年3月改訂**

**令和元年5月二訂**



|  |
| --- |
| **横浜市立大学，横浜市歯科医師会，横浜市医療局**  本書類は周術期口腔機能管理の推進に向けた包括連携に関する協定による事業に基づき作成されております。 |

**周術期等口腔機能管理のお願い**

平素より大変お世話になっております。周術期等口腔機能管理に貴歯科医院をご紹介させていただきました。ご多忙の折大変恐縮ですが，ご高診・ご加療のほどよろしくお願い申し上げます。

1．送付書類について

①　**診療情報提供書**：①－１　病院（医科）⇒連携歯科医院

　　　　　　　　　　　①－２　病院（歯科）⇒連携歯科医院

②　**受診報告書**：連携歯科医院⇒病院（医科／歯科）

・FAXまたは郵送で返信してください。

③　**診療情報提供書（歯科処置報告書）**：連携歯科医院⇒病院（医科／歯科）

・複写を自院で保管し，原本を患者さんにお渡しの上，入院時に病院へ提出するよう指示してください。

□ 周術期等口腔機能管理計画書

必要に応じ貴院にてご使用ください。

□ 周術期等口腔機能管理報告書

２．依頼処置内容

１．セルフケアができ，プラークコントロールができていること

２．排膿しているなどの急性感染巣がないこと

３．（手術の場合）動揺歯は容易に脱落しないようなしっかりとした固定がなされていること

　　　　　　　　（歯牙保護プロテクター（マウスピース）も可能）

３．入院前に患者さんにお渡しいただく書類

③　**診療情報提供書（歯科処置報告書）**：連携歯科医院⇒病院（医科／歯科）

①－１　**病院（医科）→連携歯科医院**（診療情報提供料Ⅰ250点，歯科医療機関連携加算100点[[1]](#footnote-1)）

　　　年　　　　月　　　　日

紹介医療機関

〒　　-

神奈川県横浜市　　区

○○歯科医院

歯科　○○　○○　先生　御侍史

〒 - 　○○○○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○○病院

TEL．○○○-○○○-○○○○

FAX．○○○-○○○-○○○○

医師氏名　○○○○科

○○　○○

**診療情報提供書**

下記の患者さんをご紹介しますので，ご高診の程よろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| （○○○○　○○○○）  患者氏名　○○　○○　様  患者住所　○○○○○○○○○○○○○○○○  電話番号　○○○-○○○-○○○○  生年月日　○○○○年○○月○○日（満○○歳） | 患者番号　○○○○○○○○  性別　○ |
| 傷病名 | |
| 紹介目的  周術期等口腔機能管理（☐手術・☐化学療法・☐放射線療法・☐緩和ケア）の依頼 | |
| 既往歴及び家族歴 | |
| 症状経過・治療経過  平素より大変お世話になっております。患者さんは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  ☐　化学療法（レジメン：　　　　　　　　　　）開始予定日：　　年　　月　　日・未定  ☐　放射線療法（照射線量：　　　　　　　　Gy）開始予定日：　　年　　月　　日・未定  ☐　緩和ケア  ご多忙の折恐縮に存じますが貴院にて周術期等口腔機能管理をお願いいたします。  なお，以下のことを目標に行っていただければ幸いです。  １．セルフケアができ，プラークコントロールができていること  ２．排膿しているなどの急性感染巣がないこと  （手術の場合）  ３．動揺歯は，容易に脱落しないようなしっかりとした固定がなされていること  　（歯牙保護プロテクター（マウスピース）も可能）  ご不明な点がある際はご連絡下さい。 | |

①－２　**病院（歯科）→連携歯科医院**（診療情報提供料I 250点）

　年　　　　月　　　　日

紹介医療機関

〒　　-

神奈川県横浜市　　区

○○歯科医院

歯科　○○　○○　先生　御侍史

〒 - 　○○○○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○○病院

TEL．○○○-○○○-○○○○

FAX．○○○-○○○-○○○○

医師氏名　○○○○科

○○　○○

**診療情報提供書**

下記の患者さんをご紹介しますので，ご高診の程よろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| （○○○○　○○○○）  患者氏名　○○　○○　様  患者住所　○○○○○○○○○○○○○○○○  電話番号　○○○-○○○-○○○○  生年月日　○○○○年○○月○○日（満○○歳） | 患者番号　○○○○○○○○  性別　○ |
| 傷病名 | |
| 紹介目的  周術期等口腔機能管理（☐手術・☐化学療法・☐放射線療法・☐緩和ケア）の依頼 | |
| 既往歴及び家族歴 | |
| 症状経過・治療経過  平素より大変お世話になっております。患者さんは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  ☐　化学療法（レジメン：　　　　　　　　　　）開始予定日：　　年　　月　　日・未定  ☐　放射線療法（照射線量：　　　　　　　　Gy）開始予定日：　　年　　月　　日・未定  ☐　緩和ケア  　周術期等口腔機能管理計画を☐立案していませんので貴院にて口腔管理をお願いいたします。  ☐立案しましたので以下の内容を参考に加療をお願いいたします。  ご多忙の折，恐縮に存じますがよろしくお願いいたします。ご不明な点がある際はご連絡下さい。   |  |  | | --- | --- | | 優先順位 | 治療内容 | |  | ☐　口腔衛生指導・歯周治療（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  | ☐　う蝕処置・根管治療（応急処置）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  | ☐　抜歯（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  | ☐　歯牙固定（歯牙保護プロテクターでも可　　　　　　　　　　　　　　　　） | | ・観血的処置（抜歯を含む）：☐　問題なし，☐　当科と相談が必要，☐　禁忌  ・抗血栓薬の使用：☐　なし　☐　あり（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・顎骨壊死リスクがある薬剤の使用☐　なし・☐　あり（薬剤名：　　　　　　） | | | 算定済点数  ☐　周術期口腔機能管理策定料（周計），☐　周術期口腔機能管理料Ⅰ（術前）  ☐　周術期口腔機能管理料Ⅲ，☐　周術期口腔機能管理衛生処置  ☐　パントモ，☐　歯周基本検査，☐　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

②　**連携歯科医院→病院（歯科／医科）**

|  |
| --- |
| **FAXまたは郵送**での返信をお願いします  FAX：　045　―　　　　― |

年　　　　月　　　　日

紹介医療機関

〒 -

○○○○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○○○○病院

○○　○○　先生　御侍史

〒　　-

神奈川県横浜市　　区

○○歯科医院

　　　　医師氏名　　　　　○○　○○

**受診報告書**

ご紹介いただきました患者さんにつきまして次のとおりお返事申し上げます。

患者さんは当院を受診されましたので周術期等口腔機能管理を行わせていただきます。

ご紹介ありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院患者番号 | **紹介元（医科・病院歯科）**の患者番号を記載してください |
| イニシャル | 姓　　　　　　　　　，名 |
| 生年月日 | T・S・H・R 西暦 　 　年　　　月　 日生 |
| 歯科医院受診日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |

③　**連携歯科医院→病院（歯科／医科）**（診療情報提供料I 250点）

|  |
| --- |
| **原本**を入院時に病院に提出（**複写**は自院で保管） |

年　　　　月　　　　日

紹介医療機関

〒 -

○○○○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○○○○病院

○○　○○　先生　御侍史

〒　　-

神奈川県横浜市　　区

○○歯科医院

　　　　医師氏名　　　　　○○　○○

**診療情報提供書（歯科処置報告書）**

下記の患者さんをご紹介しますので，ご高診の程よろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| （○○○○　○○○○）  患者氏名　○○　○○　様  患者住所　○○○○○○○○○○○○○○○○  電話番号　○○○-○○○-○○○○  生年月日　○○○○年○○月○○日（満○○歳） | 患者番号　○○○○○○○○  性別　○ |
| 傷病名 | |
| 紹介目的  周術期等口腔機能管理　歯科処置報告 | |
| 症状経過・治療経過  以下の処置を行いましたので，予定どおり当該手術の実施をお願いいたします。  ●歯科処置実施内容   |  |  | | --- | --- | | ☐　口腔衛生指導 | ☐　ブラッシング指導  ☐　舌・軟組織衛生の指導  ☐　義歯取り扱いの指導  ☐　その他 | | ☐　歯科処置 | （歯周治療・う蝕治療・根管治療・補綴治療などについて記載ください） | | 【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ください。 | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 作成日：　　　年　　　月　　日 |
| **周術期等口腔機能管理　計画書** | | | |
| **患者番号：** | | **患者氏名：　　　　　　　　　　　　　 様** | |

**生年月日：　　　　年　　　月　　　日生　性別：**

|  |  |
| --- | --- |
| **【全身の治療の予定】**  ☐手術　　　　手術予定日：　　　　年　　　月　　　日  ☐化学療法　　治療開始日：　　　　年　　　月　　　日（レジメン：　　　　　　　　　　）  ☐放射線療法　治療開始日：　　　　年　　　月　　　日（照射線量　　Gy，照射回数　　回）  ☐緩和ケア | |
| **【体・生活の状態】** | |
| ●基礎疾患 | ☐なし |
| ☐あり　☐高血圧症，☐糖尿病，☐心疾患，☐脳血管障害  ☐その他 |
| * 内服薬 | ☐なし |
| ☐あり　☐ステロイド，☐抗血栓薬，☐ビスフォスフォネート製剤  ☐その他 |
| ●　飲酒 | ☐なし・☐あり（　　　　　/日） |
| ●　喫煙 | ☐なし・☐あり（　　　　本/日　☐現在喫煙，☐禁煙中　　　　　頃～） |

**【お口の状態】**

・清掃状態　　　：☐良好，☐普通，☐不良

・歯茎の腫れ　　：☐あり，☐なし

・動揺している歯：☐あり，☐なし

・入れ歯の使用：☐あり，☐なし

・口内炎　　　：☐あり，☐なし

・くちの乾燥　：☐あり，☐なし

**【予想される変化】**

☐ 手術後の肺炎や感染のリスクが高まる，☐ 咬んだり飲み込んだりしづらい， ☐ 口内炎

☐ くちの乾燥，☐ 味覚の異常，☐ 歯周病の悪化，☐ 顎の感染や壊死，☐ むし歯の悪化

☐ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| **【歯科治療の必要性：☐　あり，☐　なし】**  ☐　歯磨き方法，☐　うがい方法，  ☐　口腔リハビリ，☐　歯周病治療（クリーニング），  みぎ  ☐　むし歯治療，☐　抜歯，  ☐　かぶせ物・入れ歯の修理，  ☐　動揺歯の固定　☐　プロテクターの作製  ☐　その他  ひだり |

**【口腔管理のスケジュール】**

治療前　　　　（☐連携歯科・☐当院）

治療中・入院中（☐連携歯科・☐当院）

治療後・退院後（☐連携歯科・☐当院）で行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関名  所在地・電話番号  担当 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　045-　　　-  歯科医師： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 作成日：　　　年　　　月　　日 | |
| **周術期等口腔機能管理　報告書** | | | | |
| **患者番号：** | | **患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　様** | |

**生年月日：　　　　年　　　月　　　日生　性別：**

**☐全身麻酔手術（☐Ⅰ・☐Ⅱ（☐術前・☐術後））**

**☐化学療法中（Ⅲ）　☐放射線療法中（Ⅲ）　☐緩和ケア（Ⅲ）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お口の状態 | | | みぎ  ひだり |
| ・清掃状態 | ： | ☐良好，☐普通，☐不良 |
| ・歯茎の腫れ | ： | ☐あり，☐なし |
| ・動揺している歯 | ： | ☐あり，☐なし |
| ・入れ歯の有無 | ： | ☐あり，☐なし |
| ・口内炎 | ： | ☐あり，☐なし |
| ・くちの乾燥 |  | ☐あり，☐なし |
| ・その他： | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 実施内容 | 指導内容 |
| ☐　手術前後の口腔内チェック  ☐　歯の清掃  ☐　粘膜・舌の清掃  ☐　うがい（　　　　　　　　　　　　　）  ☐　保湿剤（　　　　　　　　　　　　　）  ☐　入れ歯の清掃  ☐　プロテクター作製  ☐　動揺歯の固定  ☐　その他 | ☐　歯を磨きましょう  ☐　粘膜の清掃をしましょう  ☐　舌ブラシで舌の汚れを取りましょう  ☐　うがいをしましょう  ☐　保湿剤を塗り口の乾燥に注意しましょう  ☐　入れ歯を清掃しましょう  ☐　食事のとき以外は入れ歯を外しましょう  ☐　手術後の肺炎予防のため，手術前日と当日は特に丁寧に歯を磨きましょう  ☐　退院後も定期的にかかりつけ歯科を受診しましょう  ☐　その他 |

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関名  所在地・電話番号  担当 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　045-　　　-  歯科医師： |

1. 歯科医療機関連携加算は歯科の標榜がない病院から歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合に算定できる。 [↑](#footnote-ref-1)