

南部病院医療連携手帳

(口腔ケア)



済生会横浜市南部病院

第1版

はじめに

このたび、横浜市南部病院では、「口腔ケアや歯科治療をがん治療または全身麻酔下で行われる手術を要する治療の一環として取り入れる」ことを目的とした地域医療連携事業をはじめました。

この事業の目的は、口腔ケアをがん治療または全身麻酔下で行われる手術を要する治療に導入することで治療中の口腔内の合併症を予防また軽減し、患者さんが安心して治療を受けられる体制を構築することにあります。

そのためにも、かかりつけ歯科医を持ち、常日頃からの受診が重要となります。この事業はがん治療を行う患者さんのあらゆる歯科的問題を解決する礎となるものと考えます。

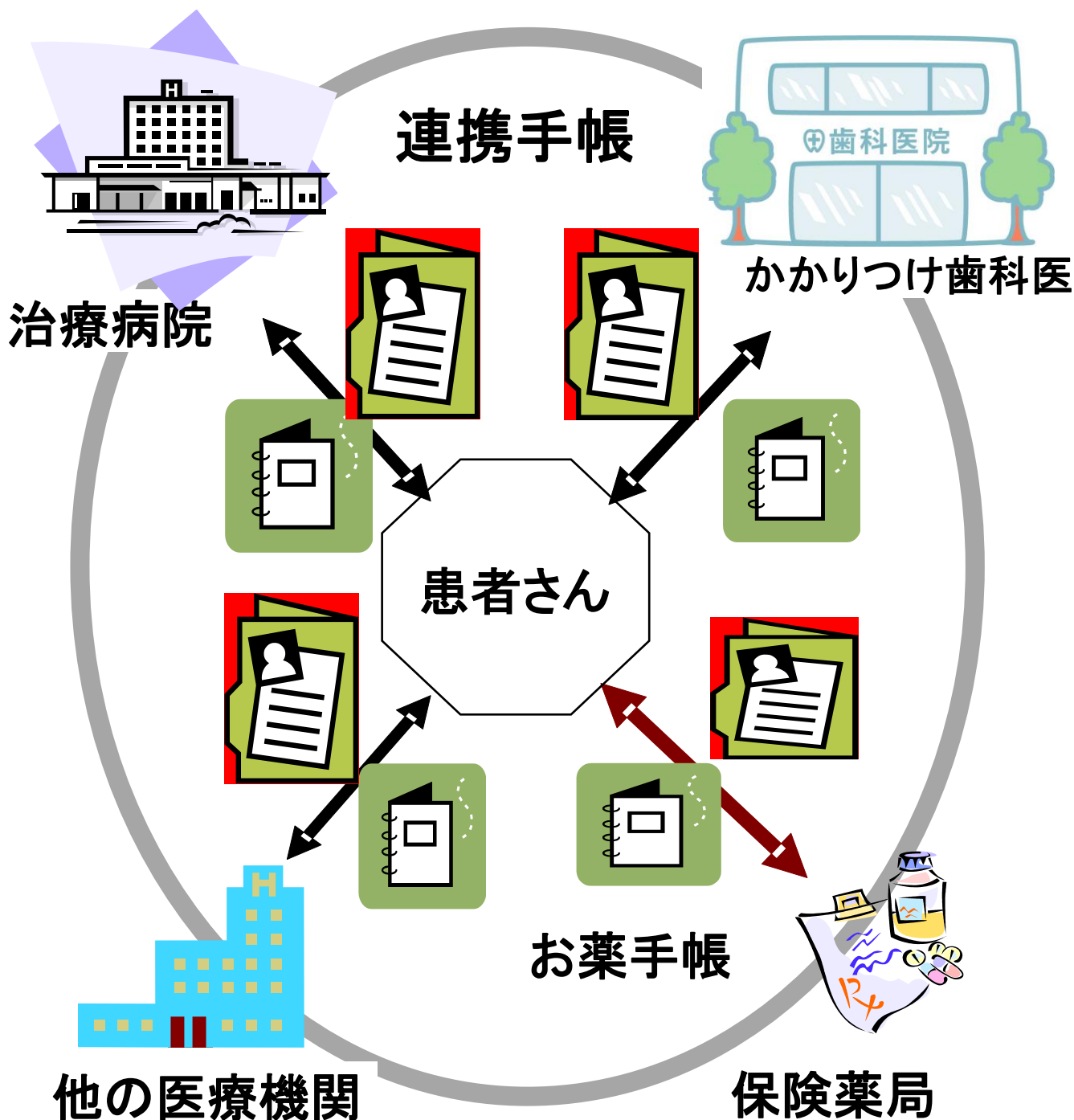
【連携の目的】

- ①がん治療などを行う前から「病院」と「地域歯科医師」が連携し、患者さんの口腔トラブルの軽減と予防を図ること。
- ②がん治療などを行う患者さんが安心して歯科治療を受けられることができ、さらに歯科医師が安心して歯科治療を行える診療体制を確立すること。

【連携の流れ】

外来にて治療方針が決まると、看護師等より治療前のオリエンテーションが行われます。このオリエンテーション時に、「口腔ケア」の必要性についてと、かかりつけ歯科医の確認、かかりつけ歯科医がない場合は、連携歯科医院を受診するように説明を行います。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です。

お名前

生年月日 明・大 年 月 日
昭・平

身長 _____ cm 体重 _____ kg

治療実施病院

済生会 横浜市南部病院

電話

045 (832) 1111(代)

ID

担当医

入院日 _____

退院日 _____

かかりつけ歯科医療機関

医師名

電話

かかりつけ薬局

電話

全身基礎疾患（患者さん記入欄）

既往なし

高血圧（ / ） 糖尿病 脳血管障害 心臓疾患

その他

喫煙（ 本）×（ 年） 飲酒（ 合/1日）

アレルギー（薬、食べ物等）

内服薬（お薬手帳がある時は記入不要）

その他

手術、放射線治療、化学療法等の予定 (治療病院記入欄)

病名：				
<input type="checkbox"/> 手術	手術予定日	年	月	日
	手術内容			
<input type="checkbox"/> 化学療法	治療開始日	年	月	日
	治療内容 レジメン			
	使用する薬剤名			
<input type="checkbox"/> 放射線治療	治療開始日	年	月	日
	照射範囲 (上顎・下顎・上下顎)			
	放射線量	Gy	照射回数	回
<input type="checkbox"/> ビスフォス フォネート剤	開始日	年	月	日
	薬剤名			

周術期等口腔機能管理計画書

口腔内の状態（初回診察時）（連携歯科医院記入欄）

初回受診日：_____年_____月_____日

歯科初診時所見

衛生状態（良好・普通・不良）

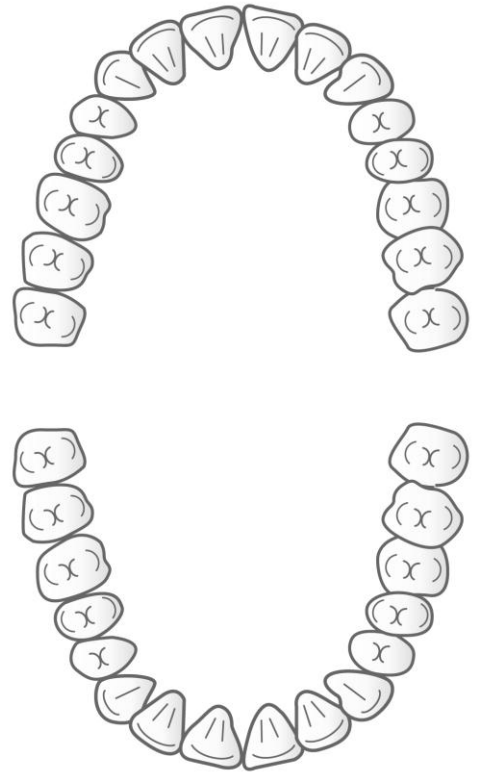
歯周病（あり・なし）

粘膜の変化
（ _____ ）

歯磨きの回数 _____ 回/日
（朝・昼・夕・寝る前）

入れ歯の使用
（なし・あり：部分床（（上・下）
全部床（上・下））

入れ歯の不具合
（良い・問題なし・悪い（修理必要））



治療にともない起こりえる変化

口腔内の変化（なし・あり）
（口を開けにくい・噛みにくい・飲み込みにくい・
口内炎・乾燥・味覚異常・多数のむし歯・口の組
織への感染・ビスフォスフォネート剤による顎
の炎症、壊死・その他）

全身的な変化（なし・あり）

周術期等口腔機能管理計画書

口腔内の状態（初回診察時）（連携歯科医院記入欄）

管理指導・処置の内容

連携歯科医院にて必要な検査を行い、以下のような管理指導・処置を行います。

管理指導

- はみがき方法
- うがい方法
- 舌・口腔粘膜の清掃
- 保湿
- 口腔リハビリ
- その他

処置

- 歯周病の治療
- むし歯治療
- 抜歯
- かぶせ物・入れ歯の治療
- 動揺する歯の固定
- その他

周術期等口腔機能管理計画書（連携歯科医院記載）

受診日： _____年____月____日

口腔内の状態の評価と指導内容

□の衛生 □良好 □ふつう □不良

歯・歯肉の状態 □良好 □異常あり（C2以上・歯石等）
□炎症や要治療歯あり

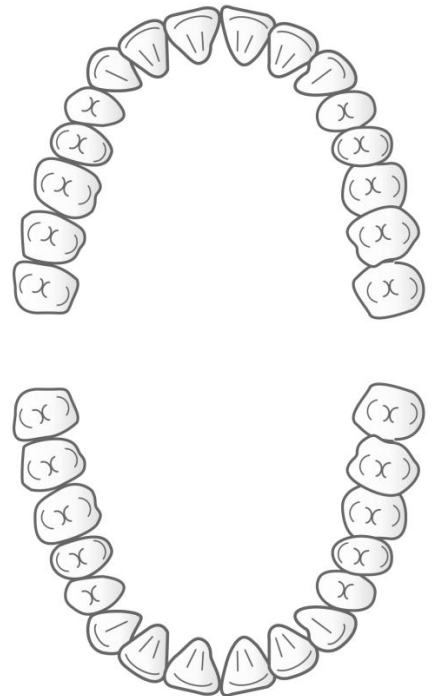
粘膜の乾燥 □乾燥なし □やや乾燥 □乾燥強い

□ □やのどに治療による変化が（ありません・あります）。

□ むせること（はないと思います・があると思います）。

□ ケアや食事は（これまで通り行ってください・次のような注意が必要です）。

コメント欄



周術期等口腔機能管理計画書（連携歯科医院記載）

受診日： _____年____月____日

口腔内の状態の評価と指導内容

□の衛生 □良好 □ふつう □不良

歯・歯肉の状態 □良好 □異常あり（C2以上・歯石等）
□炎症や要治療歯あり

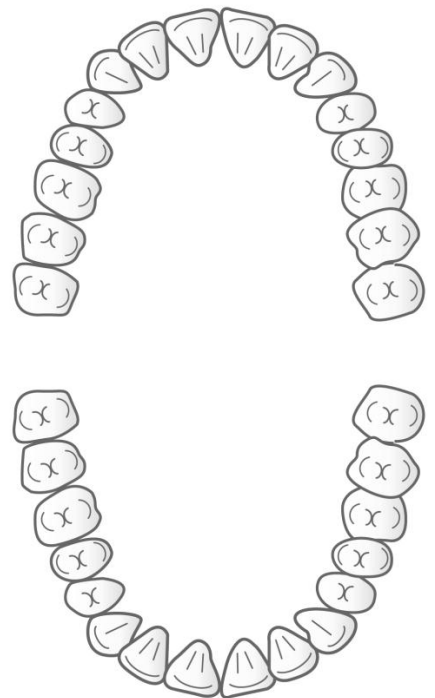
粘膜の乾燥 □乾燥なし □やや乾燥 □乾燥強い

□ □やのどに治療による変化が（ありません・あります）。

□ むせること（はないと思います・があると思います）。

□ ケアや食事は（これまで通り行ってください・次のような注意が必要です）。

コメント欄



周術期等口腔機能管理計画書（連携歯科医院記載）

受診日： _____年____月____日

口腔内の状態の評価と指導内容

□の衛生 □良好 □ふつう □不良

歯・歯肉の状態 □良好 □異常あり（C2以上・歯石等）
□炎症や要治療歯あり

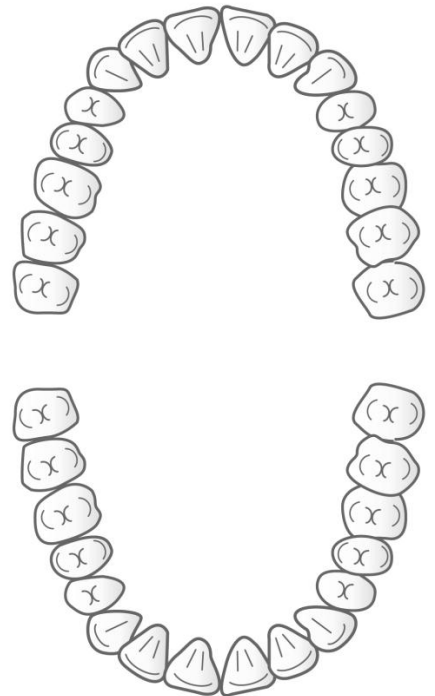
粘膜の乾燥 □乾燥なし □やや乾燥 □乾燥強い

□ □やのどに治療による変化が（ありません・あります）。

□ むせること（はないと思います・があると思います）。

□ ケアや食事は（これまで通り行ってください・次のような注意が必要です）。

コメント欄



周術期等口腔機能管理計画書（連携歯科医院記載）

受診日： _____年____月____日

口腔内の状態の評価と指導内容

□の衛生 □良好 □ふつう □不良

歯・歯肉の状態 □良好 □異常あり（C2以上・歯石等）
□炎症や要治療歯あり

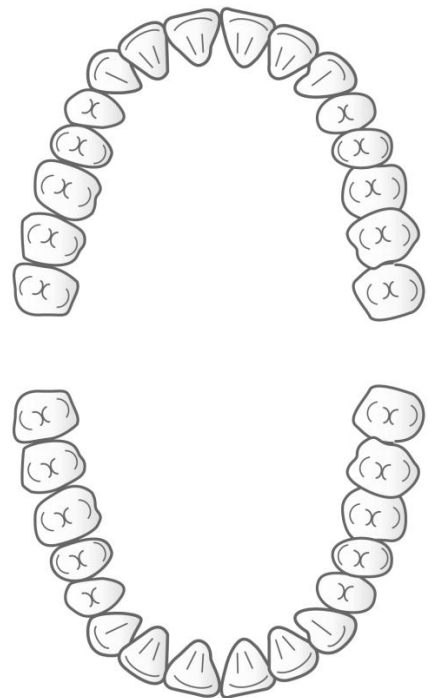
粘膜の乾燥 □乾燥なし □やや乾燥 □乾燥強い

□ □やのどに治療による変化が（ありません・あります）。

□ むせること（はないと思います・があると思います）。

□ ケアや食事は（これまで通り行ってください・次のような注意が必要です）。

コメント欄



自由記載欄



この手帳の使い方について

1) 患者さんは手帳を受け取ったら、3ページのお名前、かかりつけ医、かかりつけ薬局及び4ページの各項目の記入をお願いします。

2) 治療病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に5ページの記載をお願いします。

3) かかりつけ歯科医の先生は、通信欄に（6ページ以降）臨床所見などを記入して下さい。

a) 簡単な記載で結構です。（問題あり・なし程度）

b) 問題があり、書き切れない場合や、かかりつけ歯科医／治療病院で伝達が必要な場合は、各通信欄の【コメント欄】にその内容を記載するか、診療情報提供書の発行をお願いします。

口腔ケア連携パスを受ける患者さんへ

「連携パス」とは、地域のかかりつけ歯科医と治療病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用し、かかりつけ歯科医と治療病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

日常の歯科診療はかかりつけ歯科医が行います。日常の相談は、まずかかりつけ歯科医にご相談ください。必要に応じて治療病院を受診していただきます。

この「連携パス」の目的は、地域のかかりつけ歯科医と治療病院が協力し、安心して質の高い医療体制を構築することです。また、患者さんにとっては、長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ歯科医の診療による不安の解消といったメリットにつながります。

【かかりつけ歯科医の役割】

- ☆ 病気の予防・日常の健康管理を行います。
- ☆ 専門的治療（病院への受診）の必要性を判断します。

なお、予定受診と臨時受診の際に、文書料（診療情報提供料）が発生しますことをご了承ください。

お名前
