

口腔内確認票

患者氏名 _____ 様
 記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記載者 ご本人 ご家族(_____)

治療や口腔ケアなどの際に参考にします（以下のような場合）。

- 全身麻酔の際に動揺歯(グラグラしている歯)がないか確認する必要があります。
- 義歯(入れ歯)は、原則としてご自身で管理していただきますが、病状により看護師が介助する場合があります。

■現在の歯の状態を記載してください

(1) 動揺歯(グラグラしている歯)

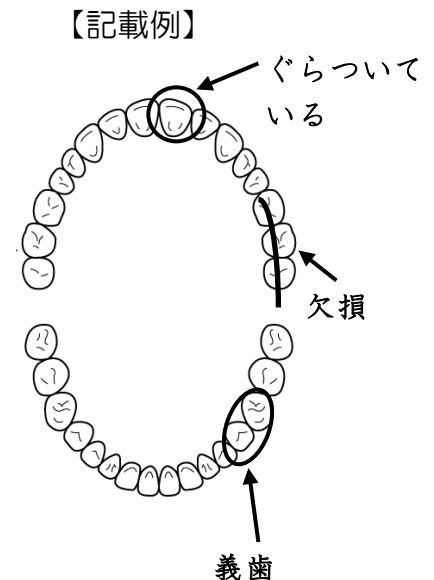
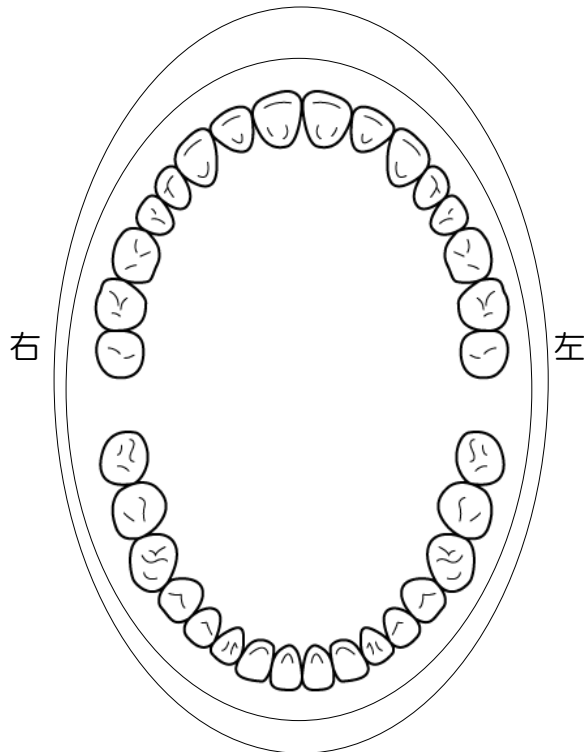
- なし
あり

(2) 義歯(入れ歯)

- なし
あり（保管用容器をご用意ください）

- ①上の歯（全部 部分）→持参している 持参していない
 ②下の歯（全部 部分）→持参している 持参していない

(3) 上記の歯の状態を絵に示してください。



確認日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 確認看護師 _____