千葉県口腔ケア地域連携パス　診療計画表・診療経過表
骨修飾薬(デノスマブおよびゾレドロン酸)

患者様氏名	様 計画策定病院患者ID:	生年月日 性別	ＴＳＨ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日 男・女

計画策定病院名(がん治療病院):	がん治療主治医	
	口腔管理担当医	
	連絡先	
連携医療機関名(歯科診療所):	主治医(担当医)	
	連絡先	

アウトカム(到達目標)
計画通りに口腔ケアを実施でき、薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の 発症リスクを軽減、発症時の早期発見、早期対応
連携パス計画策定日
年　月　日
骨修飾薬骨転移治療薬
□:デノスマブ(ランマーク)
□:ゾレドロン酸(ゾメタ)
□:
投与開始日:　年　月　日
伝達事項
注意事項

①●:計画策定病院(がん治療病院)へ受診して検査・治療を行います。
②病院歯科なしの場合は、実施可能な範囲で修正してください(医療体制により連携前●⇒○にしてもよい)。
③○:連携医療機関(歯科診療所)へ受診して検査・治療を行います。　④受診回数、処置内容は患者さん毎に異なります。また、受診回数を制限するものではありませんので、必要な治療があれば計画策定病院と相談し、治療を行ってください。
⑤経過中、計画外の受診、処置は手書きで追記してください。予定したが未実施は斜線等記載してください。　⑥病院と診療所との目で見える連携を目的としますので、雛形での受診計画を参考に、各計画策定病院毎に具体的な計画を立ててください(本書をダウンロード後、適宜修正可能です)。12カ月毎で1シートとしていますので、適宜追加して受診計画を立ててください。
千葉県共用がん地域連携パスサイト
https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/ganpasu.html#a01　千葉県医療連携パス　:検索

診療計画表　●:計画策定病院/○:地域医療機関

受診計画		連携前	連携後 年 カ月	連携後 年 カ月	連携後 年3カ月	連携後 年 カ月	連携後 年 カ月	連携後 年 6カ月	連携後 年 カ月	連携後 年 カ月	連携後 年9カ月	連携後 年 カ月	連携後 年 カ月	連携後 年 カ月
実際の受診日⇒			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
受診予定⇒		●					○				●	○		○					●	○
検査	骨、粘膜、歯牙評価	●					○				●	○		○					●	○
検査	画像検査(PX,CT等)	●																		
検査	歯周基本検査	●																		
診察	MRONJリスク評価	●									●								●	
診察	リスク因子の説明、パスの説明	●																		
書類	診療計画表(本書)作成	●																		
書類	診療経過表(本書)　作成	●									●								●	
書類	診療情報提供書	●																		
処置・指導	口腔衛生指導(セルフケア確立)						○					○		○						○
処置・指導	除石						○					○		○						○
処置・指導	投薬																			
処置・指導	抜歯を含む観血的歯科治療																			

診療経過表

所見	下記所見がある場合は計画策定病院臨時受診指示	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入	+/−で記入
所見	口腔衛生状態不良																								
所見	歯牙動揺																								
所見	根尖病巣の存在																								
所見	骨露出																								
所見	排膿																								
所見	顎骨疼痛																								

私は、がん口腔ケア(骨修飾薬)の診療計画について説明を受けました。
記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。

西暦　　年　　月　　日　　署名:　　(　本人　・　家族　)

令和5年2月版