

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)

2024年2月版

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

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

<b>アウトカム(到達目標)</b>
計画通りに口腔ケアを実施し、薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の発症のリスクを軽減、発症時の早期発見、早期対応
<b>連携パス計画策定日</b>
年 月 日
<b>骨修飾薬骨転移治療薬</b>
<input type="checkbox"/> :デノスマブ(ランマーク)
<input type="checkbox"/> :ゾレドロン酸(ゾメタ)
<input type="checkbox"/> :
投与開始日 年 月 日
<b>連携医療機関の先生へ</b>
<b>注意事項</b>

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●⇒○にしてもよいですが、後方支援口腔外科と連携が望ましい)。  
③○:連携医療機関(診療所等)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。未実施/未評価項目は斜線等記載してください。  
⑥病院と診療所等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>

診療計画表 ●:計画策定病院/ ○:連携医療機関(診療所等)		連携後																
受診計画	連携前	年 月	年 月	年 3月	年 月	年 月	年 月	年 6月	年 月	年 月	年 9月	年 月	年 月	年 月				
実際の受診日→		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/				
受診予定→	●				○			●	○				○			●	○	
検査	口腔(骨、粘膜)評価	●				○				●	○						●	○
	画像検査(PX,CT等)	●																
	歯周基本検査	●																
診察	MRONJリスク評価	●								●								●
	リスク因子の説明、パスの説明	●																
書類	診療計画表(本書)作成・見直し	●																
	診療経過表(本書)記入					○											●	●
	診療情報提供書	●																
処置・指導	口腔衛生指導(セルフケア確立)					○												○
	除石					○												○
	投薬																	
追加項目	拔牙を含む観血的歯科治療																	

診療経過表		所見あり																									
所見	下記所見がある場合は計画策定病院 適宜臨時受診指示	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	
口腔衛生不良状態不良																											
顎骨周囲の感染所見																											
歯牙動揺(中等度～高度)																											
粘膜変化																											
骨露出																											
排膿																											
顎骨疼痛																											
その他:																											
その他:																											

千葉県 医療連携パス 検索

2024年2月版

千葉県口腔ケア地域連携バス 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)

記入例

計画策定病院名 (がん治療病院):	千葉県がんセンター	口腔管理担当医	C橋 D樹
連携医療機関名 (診療所等):	ちーばく歯科医院(連携医療機関で記入)	主治医(担当医)	E川 F子 (連携医療機関で記入)

患者様氏名	A田B郎 様	生年月日	_S17_年_1_月_1_日
計画策定病院患者ID: 1234567		性別	男・女

<b>アウトカム(到達目標)</b>
計画通りに口腔ケアを実施し、薬剤関連顎骨壊死(MRONJ)の発症のリスクを軽減、発症時の早期発見、早期対応
<b>連携バス計画策定日</b>
2023年4月1日
<b>骨修飾薬骨転移治療薬</b>
■:デノスマブ(ランマーク)
□:ゾレドロン酸(ゾメタ)
□:
投与開始日: 2023年4月1日
<b>連携医療機関の先生へ</b>
肺癌、骨転移に対し、上記薬剤を投与しております。本計画表に基づき、貴院と連携し、骨修飾投与中の口腔ケアを行いますので、ご高診よろしくお願いたします。
<b>注意事項</b>

- :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。
- :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●⇒○にしてもよいですが、後方支援口腔外科と連携が望ましい)。
- :連携医療機関(診療所等)へ受診して検査・治療を行います。
- 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。
- 経過中、計画外の受診、処置は手書きで追記してください。未実施/未評価項目は斜線等記載してください。
- :病院と診療所等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か月毎で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。千葉県共有がん地域連携バスサイト <https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/ganpasu.html>

診療計画表 ●:計画策定病院/ ○:連携医療機関(診療所等)		連携前	連携後 年 1月	連携後 年 2月	連携後 年 3月	連携後 年 4月	連携後 年 5月	連携後 年 6月	連携後 年 7月	連携後 年 8月	連携後 年 9月	連携後 年 10月	連携後 年 11月	連携後 1年 1月	連携後 1年 2月										
実際の受診日⇒		/	/	/	6/7	/	/	/	8/20	/	/	10/14 10/25	/	/	/	12/28	1/4	/	2/1	/	3/1	/	4/2	4/16	
受診予定⇒		●			○			○				●	○			○	●		●	○	●		●	○	
検査	口腔(骨、粘膜) 評価	●			○			○				●	○			○	●		●	○	●		●	○	
	画像検査 (DX/CT等)	●										●					●				●				
計画策定病院から連携医療機関へ診療上必要な連絡、伝達事項があれば記載。必須項目ではない。																									
書類	診療計画表(本書)作成・見直し	●																							
	診療経過表(本書)記入				○			○				●	○			○	●		●	○	●		●	○	●
処置・指導	口腔衛生指導(セルフケア確立)				○			○				○	●			○	●		●	○	●		○	○	
	除石				○			○				○				○									○
追加項目	投薬																								
	抜歯を含む観血的歯科治療																								

診療経過表		所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり	所見あり
下記所見がある場合は計画策定病院 適宜臨時受診指示		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
所見	口腔衛生不良状態不良																							
	顎骨周囲の感染所見																							
	歯牙動揺(中等度～高度)																							
	粘膜変化																							
	骨露出																							
	排膿																							
	顎骨疼痛																							
その他:																								
その他:																								

検査、処置など上記以外に特記すべき項目あれば

当初の計画外受診。受診、実施事項を手書きで記

除石予定も未実施のため斜線など記入

赤字:患者毎に手書き(手入力)になる可能性の部位  
緑枠:バス実行中に手書きで記入する部位