

兵庫県がん診療連携協議会 参画病院における  
「がん患者医科歯科連携」アンケート調査（案）

病 院 名：\_\_\_\_\_

部 署 名：\_\_\_\_\_

記入者名：\_\_\_\_\_

※上記の「記入者名」は、記入可能でしたらご記入願います。

**I. がん手術を予定しているがん患者への対応についてお聞きします。**

1. 手術が決まった時点でがん患者に口腔内のチェックや口腔清掃を受けるように指導されていますか？

- (        ) ①院内でシステム化され、それに沿って指導している
- (        ) ②院内に歯科があるので、受診を勧めている
- (        ) ③口頭で助言するのみ
- (        ) ④特に何もしていない

2. 入院中の抗がん剤や放射線治療を受けているがん患者の口腔ケアについてお教えてください。

- (        ) ①院内でシステム化され、それに沿って指導している
- (        ) ②院内に歯科があるので、受診を勧めている
- (        ) ③口頭で助言するのみ
- (        ) ④特に何もしていない

3. がん患者への手術前後の口腔ケアについてお教えてください。

- (        ) ①院内の歯科医師、歯科衛生士へ依頼して対応している
- (        ) ②地域の歯科医院へ依頼して対応している
- (        ) ③歯科専門職以外の看護師等で対応している
- (        ) ④実施していない

**Ⅱ. 抗がん剤や放射線治療を受けるがん患者への対応についてお聞きします。**

口腔内のチェックを受けるように説明されていますか？

- (        ) ①院内でシステム化され、それに沿って指導している
- (        ) ②院内に歯科があるので、受診を勧めている
- (        ) ③歯科への紹介状を書いている
- (        ) ④口頭で説明している
- (        ) ⑤特に何もしていない

**Ⅲ. ターミナルがん患者の口腔管理を行える歯科医院リストは必要ですか？**

- (        ) ①は い                      (        ) ②いいえ

**Ⅳ. がん患者医科歯科連携についてお聞きします。**

貴院で取り組んでもよいと思われる内容をお教えてください。(複数回答可)

- (        ) ①口腔の問題に関する研修会の開催を希望する
- (        ) ②口腔ケアの実習を希望する
- (        ) ③地域の協力歯科医院リストの配布を希望する

ご協力ありがとうございました。