

〔お口の健康管理のために〕 (初回)

※治療と継続的な管理を受けられる方は太枠内を記入してください
説明を受けたあとに左下の□にチェックを入れてください

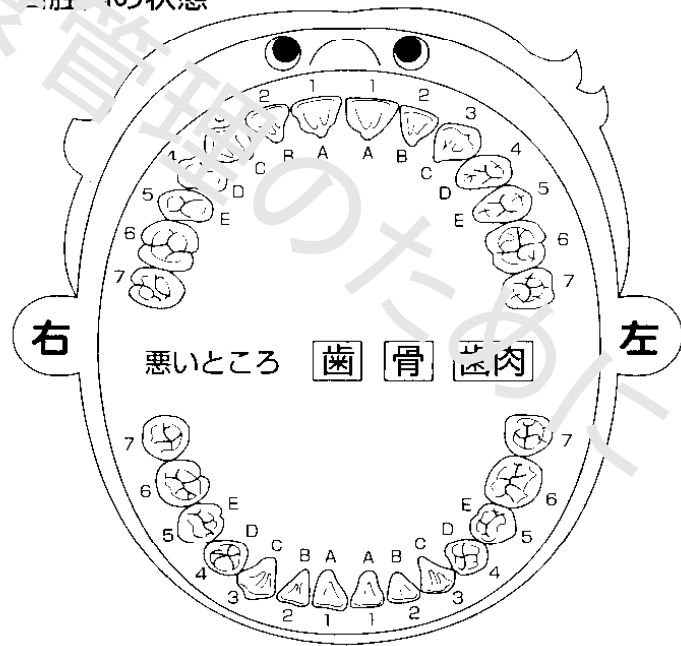
年 月 日

氏名		性別	男・女	年齢	歳
【現在のお口の中の状況】 痛みについて <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない 歯肉の出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【全身の状態】 <input type="checkbox"/> 糖尿病() <input type="checkbox"/> 高血圧症(/) <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> 肝疾患(B型・C型・その他)() <input type="checkbox"/> 妊娠(ヶ月) <input type="checkbox"/> その他() かかりつけ医療機関()					
【服薬状況】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名:)					
【生活習慣の状況】 ① 1日の歯磨きの回数 _____ 回 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 就寝前) ② 補助清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> フロス(糸楊枝) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ③ 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> しない ④ 飲み物 <input type="checkbox"/> 炭酸飲料(cc) <input type="checkbox"/> ジュース(cc) <input type="checkbox"/> その他(cc) ⑤ 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(本/日) ⑥ 睡眠時間 約 時間				【改善目標】 ① _____ 回 ②() ③() ④() ⑤() ⑥()	

口腔内の状態

歯・歯肉の状態・検査結果

- ・歯肉の炎症 なし あり
- ・歯石 なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) なし あり
- ・骨吸収 なし あり



治療予定

- むし歯治療
- 歯周病の治療
- 被せもの
- ブリッジ
- 義歯
- その他

治療期間

() 週 () 回で約 () ヶ月程度

保険医療機関名

上記の説明を受けました
(患者さんチェック欄)

担当歯科医師名