

# 〔お口の健康管理のために〕

(初回)

様

年 月 日

## 【全身の状況】

- 高血圧症  心血管疾患  呼吸器疾患  糖尿病  骨粗鬆症  肝疾患 (B型・C型・その他)  
 妊娠 ( 月)  その他 ( )

## 【服薬状況】 なし あり (薬剤名: )

## 【生活習慣の状況】

- ① 1日の歯磨きの回数 \_\_\_\_ 回 ( 朝  昼  晩  就寝前)  
② 補助清掃器具の使用  なし  フロス (糸ようじ)  歯間ブラシ  
③ 喫煙習慣  なし  あり ( 本/日)  
④ 飲料物の習慣  炭酸飲料 ( cc)  ジュース ( cc)  
 その他 ( cc)  
⑤ 間食の習慣  規則的  不規則  しない  
⑥ その他 ( )

## 【改善すること】

- 歯磨き習慣  
 補助清掃器具の使用  
 喫煙習慣  
 飲料物の習慣  
 間食の習慣  
 ( )

## 歯や歯肉などの状態

- むし歯  なし  あり  
● 歯周ポケット  4mm 未満  4mm 以上  
● 歯肉の腫れ  なし  あり  
● 歯周病検査時の出血  なし  あり  
● 歯石・プラーク  なし  少ない  多い  
● 歯の動揺  なし  あり

## 口腔機能の改善すべき点 なし

- 口腔衛生状態  口腔乾燥  咬合力  
 舌口唇運動機能  舌圧  咀嚼機能  嚥下機能  
( )

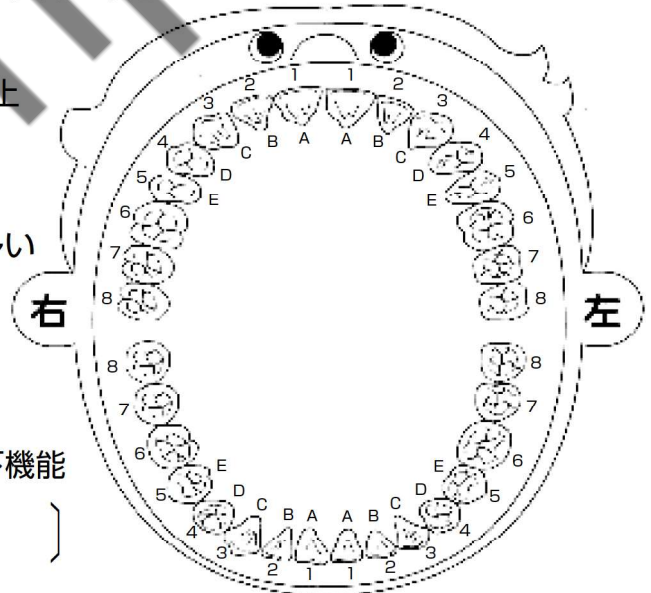
## 小児口腔機能の改善すべき点 なし

- 咀嚼機能  嚥下機能  食行動  構音機能  
 栄養  その他 ( )  
( )

## 今後の治療予定

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

## 口腔内の状態



## その他・特記事項

保険医療機関名

担当歯科医師名