

〔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

_____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 (カ月) <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 飲みもの <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 ()
【備考】					

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

歯科疾患と全身の健康との関係

()

治療予定

- むし歯治療 ブリッジ
- 歯周病の治療 義歯
- 被せもの その他

治療期間

() 週 () 回で約 () カ月程度

保険医療機関名

担当歯科医師名

口腔内の状態

