

# 【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
<b>【現在のお口の中の状況】</b> 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 <b>【全身の状態】</b> <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( )				
<b>【服薬状況】</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: )				
<b>【生活習慣の状況】</b> ①1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				<b>【改善目標】</b> ① _____ 回 ②( ) ③( ) ④( ) ⑤( ) ⑥( )
<b>【備考】</b>				

## 歯・歯肉の状態・検査・画像診断の結果

## 口腔内の状態

- ・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

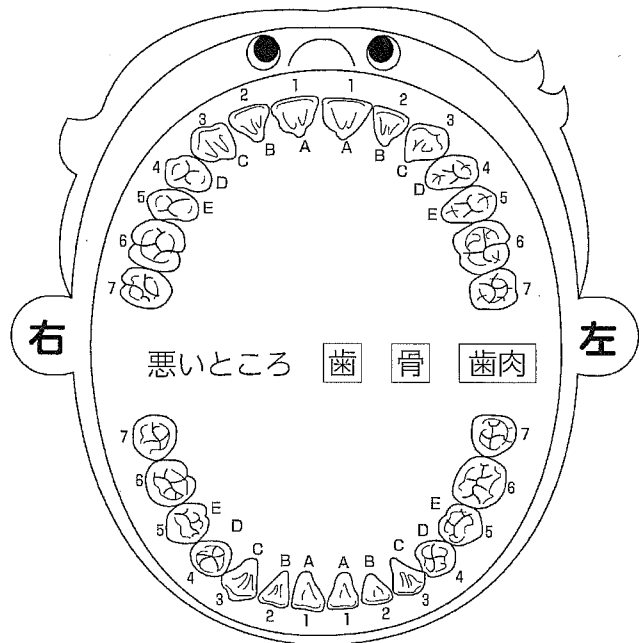
( )

## 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 \_\_\_\_\_

