

歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

令和 年 月 日

患者氏名		No
<p>1. お口のお手入れについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯磨きをする時は <input type="checkbox"/>起床後 <input type="checkbox"/>食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/>就寝前 ・1回の時間は () 分くらい ・歯ブラシ以外の清掃用品は <input type="checkbox"/>フロス <input type="checkbox"/>歯間ブラシ <input type="checkbox"/>その他 <p>2. 喫煙習慣 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>過去にあり</p> <p>3. 睡眠時間 約 () 時間</p> <p>4. 食生活習慣について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり () ・間食の取り方 <input type="checkbox"/>不規則 <input type="checkbox"/>規則正しい <input type="checkbox"/>あまりしない <p>5. 現在治療中ですか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・骨粗しょう症・その他 ())</p> <p>6. 薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (薬名:)</p>		
<p>【口腔内の状況】</p> <p>右 () 本 左</p>	<p>【歯や歯肉の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯の動揺 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>無 <p>【むし歯】 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>【その他】 ()</p>	
	<p>【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>口腔衛生状態 <input type="checkbox"/>口腔乾燥 <input type="checkbox"/>咬合力 <input type="checkbox"/>舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/>舌圧 <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>嚥下機能 <p>【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>無</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>嚥下機能 <input type="checkbox"/>食行動 <input type="checkbox"/>構音機能 <input type="checkbox"/>栄養 <input type="checkbox"/>その他 	
<p>【その他・特記事項】</p>		
改善目標	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善(飲料物の習慣・間食の習慣) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療の予定	<input type="checkbox"/> むし歯(つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> その他 ()	

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名

(担当歯科医師)

兵庫県歯科医師会会員用