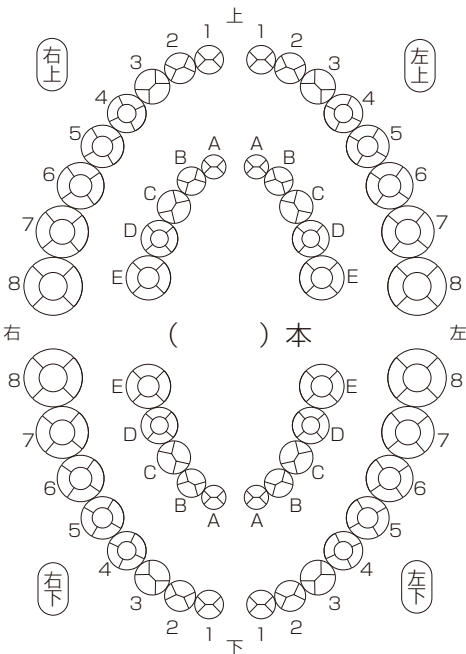


歯と口の治療管理

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。検査結果と治療の予定をご説明いたします。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

お名前		年	月	日
○次のことについてお伺いします。(□にチェック、または該当するものに○を)				
1. お口のお手入れについて				
・歯磨きをする時は	☐ 起床後	☐ 食後(朝・昼・夕)	☐ 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	☐ フロス	☐ 歯間ブラシ	☐ その他	
2. 喫煙習慣	☐ なし	☐ あり	☐ 過去にあり	
3. 睡眠時間	約()時間			
4. 食生活習慣について				
・習慣的飲料物	☐ なし	☐ あり()		
・間食の取り方	☐ 不規則	☐ 規則正しい	☐ あまりしない	
5. 現在治療中ですか	☐ いいえ	☐ はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・その他)		
6. 薬を飲んでいますか	☐ いいえ	☐ はい(薬名:)		



○歯・歯肉・口腔機能の状態・検査結果

- ・プラークや歯石の付着(///部分) ☐なし ☐あり
- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) ☐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
- ・口腔機能(咀嚼・嚥下機能等)低下 ☐なし ☐あり()

○歯や口の状態と全身の健康

- ☐よく噛むことと肥満予防
- ☐歯周病と糖尿病、心臓病
- ☐その他()

○治療予定

- ☐むし歯(つめる・冠・根の治療)
- ☐歯肉炎・歯周病の治療 ☐義歯・ブリッジ
- ☐その他()

○次のことに気をつけてください

- ☐喫煙
- ☐食生活習慣()
- ☐歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)

医療機関名
(担当歯科医)

歯と口の治療管理

様

年 月 日

○歯・歯肉・口腔機能の状態・検査結果

(改善傾向)

- | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ・プラークや歯石の付着 (///部分) | ☐ なし | ☐ あり …… | ☐ なし | ☐ あり |
| ・歯肉の炎症 (発赤・出血・腫れ) | ☐ なし | ☐ あり …… | ☐ なし | ☐ あり |
| ・歯の動揺 | ☐ なし | ☐ あり …… | ☐ なし | ☐ あり |
| ・歯周ポケット (4 mm以上) | ☐ なし | ☐ あり …… | ☐ なし | ☐ あり |
| ・口腔機能 (咀嚼・嚥下機能等) 低下 | ☐ なし | ☐ あり …… | ☐ なし | ☐ あり |

○冠、ブリッジ、義歯の状態

- ☐問題ありません
☐要改善

○治療予定

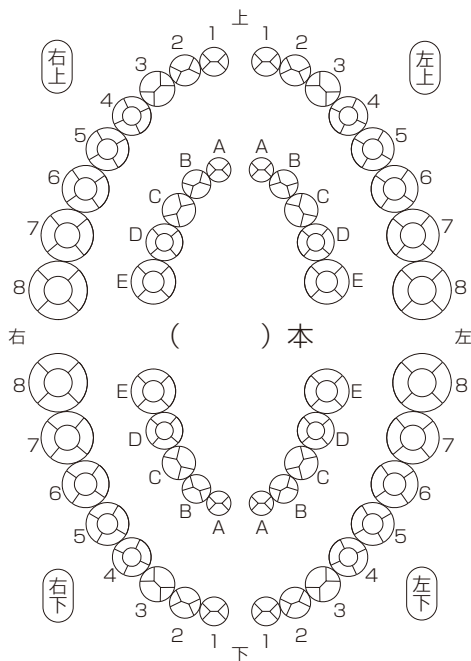
- ☐むし歯 (つめる・冠・根の治療)
☐歯肉炎・歯周病の治療
☐義歯・ブリッジ
☐その他 ()

今後の治療方針等

○生活習慣の改善に合わせて、 次のことに気をつけてください

- ☐喫煙 ☐食生活習慣
☐歯磨き ☐回数
 ☐時間
 ☐用具

(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)



ご質問がありましたら、
いつでもお申し出ください

医療機関名
(担当歯科医)

口腔衛生管理

様

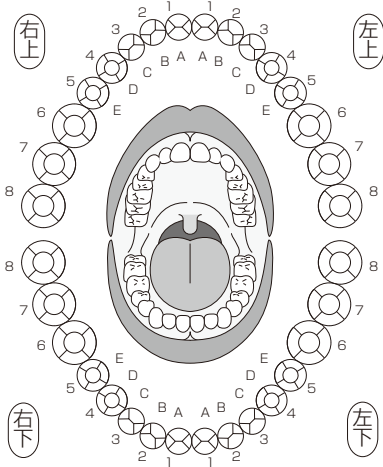
年 月 日

歯と歯肉の状態

- ☐よく磨けています
- ☐磨き残しがあります (///部)
- ☐歯石がついています
- ☐歯ぐきに発赤・出血・腫れがあります

その他

- ☐舌苔 (舌の汚れ)
- ☐義歯下粘膜の汚れ
- ☐その他 ()



現在 () 本

指導内容

時間 (: ~ :)

保険医療機関名

所在地・電話番号

担当歯科医

歯科衛生士