

年 月 日

歯と口の機能と管理（継続）

お名前 _____ 様（男・女） 生年月日 _____ 年 月 日

全身の状態の変化

1	基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(追加 (減少))
2	服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(追加 (減少))
3	肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(いつ頃:)
4	体重	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()kg 増・減
5	その他	()

口腔内状態・治療の進行度

1	う蝕	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
2	歯周病	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
3	義歯	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
4	冠・ブリッジ	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
5	軟組織疾患 の状態	

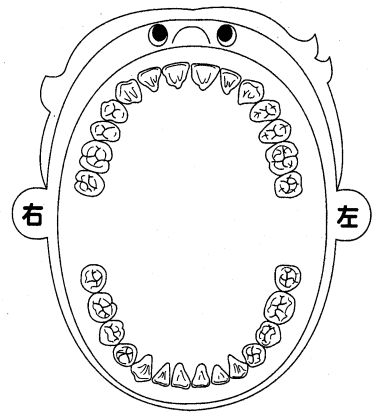
口腔清掃状況

1	清掃状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
2	歯ブラシ 以外(補助用 具)の使用	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ①歯間ブラシ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②フロス <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ③その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

口腔状態の改善状況

1	咀嚼障害の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2	摂食障害の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3	嚥下障害の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
4	発音障害の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

進行状況



次回訪問予定日： _____ 月 _____ 日

保険医療機関名 担当歯科医師名
