

お口の健康を保つために

歯の痛みなどの症状や検査の結果など、お口の健康を保つために必要な管理を致しております。



管理にともなって
文書をお渡しします
のでご確認下さい。

〔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 (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】 | | | | 【改善目標】 |
| 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) | | | | ① () |
| 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 | | | | ② () |
| 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 | | | | ③ () |
| 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) | | | | ④ () |
| ⑤ 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本 / 日) | | | | ⑤ () |
| ⑥ 睡眠時間 約 時間 | | | | ⑥ () |
| 【備考】 | | | | |

次回から不要の方は上記備考欄に「文書不要」とご記入ください。なお、歯科医師の判断で改めて文書をご提供することがあります。

● 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

文書の様式が異なる場合もあります。

- 次回から、文書がご不要な方は、「備考」欄に不要な旨をご記載ください。
- また、症状が変わったりするなど、歯科医師が必要と判断した際にはお知らせします。

詳しくは担当の歯科医師にお尋ねください