

〔お口の健康管理のために〕 (初回)

様

年 月 日

【全身の状況】

- 高血圧症 心血管疾患 呼吸器疾患 糖尿病 骨粗鬆症 肝疾患 (B型・C型・その他)
妊娠 (カ月) その他 ()

【服薬状況】 なし あり (薬剤名:)

【生活習慣の状況】

- ① 1日の歯磨きの回数 _____ 回 (朝 昼 晩 就寝前)
② 補助清掃器具の使用 なし フロス (糸ようじ) 歯間ブラシ
③ 喫煙習慣 なし あり (本/日)
④ 飲料物の習慣 炭酸飲料 (cc) ジュース (cc)
その他 (cc)
⑤ 間食の習慣 規則的 不規則 しない
⑥ その他 ()

【改善すること】

- 歯磨き習慣
補助清掃器具の使用
喫煙習慣
飲料物の習慣
間食の習慣
 ()

本枠内のご記入をお願いします

歯や歯肉などの状態

- むし歯 なし あり
●歯周ポケット 4mm未満 4mm以上
●歯肉の腫れ なし あり
●歯周病検査時の出血 なし あり
●歯石・プラーク なし 少ない 多い
●歯の動揺 なし あり

口腔機能の改善すべき点

- なし
口腔衛生状態 口腔乾燥 咬合力
舌口唇運動機能 舌圧 咀嚼機能 嚥下機能
{ }

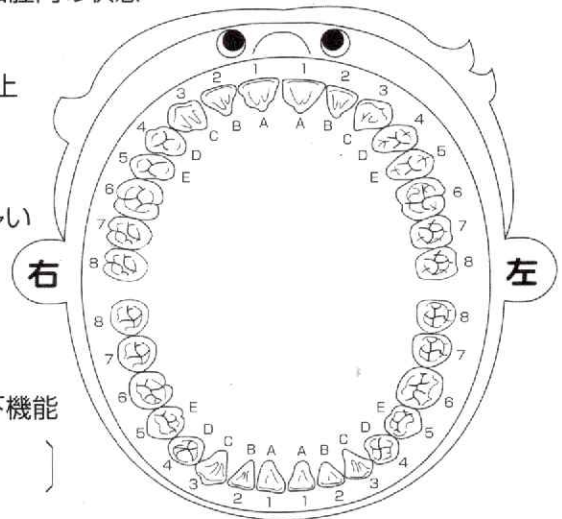
小児口腔機能の改善すべき点

- なし
咀嚼機能 嚥下機能 食行動 構音機能
栄養 その他 ()
{ }

今後の治療予定

- むし歯 被せもの ブリッジ
歯周病の治療 義歯
その他 ()

口腔内の状態



その他・特記事項

保険医療機関名

担当歯科医師名