

【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
説明を受けたあとに左下の□にチェックを入れてください

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 (ヶ月) <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】
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)
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
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
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)
⑤ 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/日)
⑥ 睡眠時間 約 _____時間

【改善目標】
① _____回
② ()
③ ()
④ ()
⑤ ()
⑥ ()

歯・歯肉の状態・検査結果

- ・ 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

治療予定

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> むし歯治療 | <input type="checkbox"/> むし歯予防処置
(シーラント・サホライド) |
| <input type="checkbox"/> 歯周病の治療 | <input type="checkbox"/> 抜歯 |
| <input type="checkbox"/> 被せもの | <input type="checkbox"/> 知覚過敏処置 |
| <input type="checkbox"/> ブリッジ | <input type="checkbox"/> AF除去 |
| <input type="checkbox"/> 義歯 | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 |
| <input type="checkbox"/> その他 | |

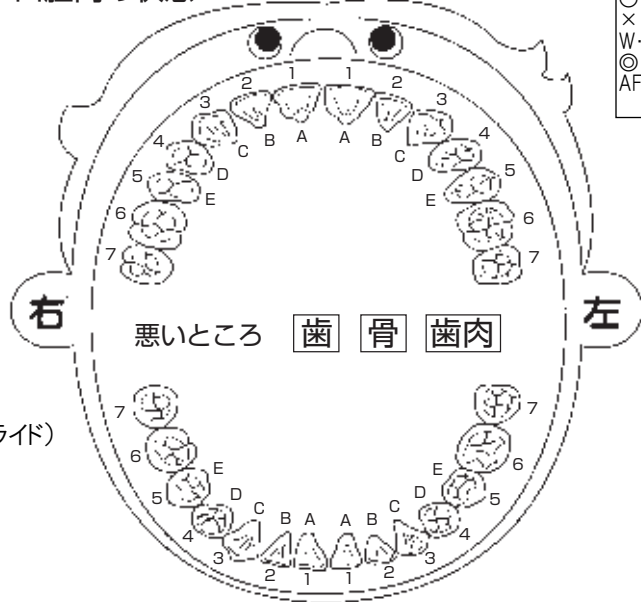
治療期間

() 週 () 回で約 () ヶ月程度
歯科疾患と全身との関わり()

上記の説明を受けました
(患者さんチェック欄)

カウンセリング予定内容

口腔内の状態



解説
○…むし歯
×…欠損
W…汚れ
◎…抜歯
AF…アマルガム
充填

保険医療機関名
エンジェル歯科クリニック
担当歯科医師名
菱田 かなえ