

# 歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

No. 10

令和 年 月 日

<p><b>患者氏名</b></p>	
<p>【基礎疾患】<input type="checkbox"/>高血圧症    <input type="checkbox"/>心血管疾患    <input type="checkbox"/>呼吸器疾患    <input type="checkbox"/>糖尿病    <input type="checkbox"/>骨粗鬆症  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>【服薬】<input type="checkbox"/>マイナ保険証確認    <input type="checkbox"/>無    <input type="checkbox"/>有 (薬剤の種類・薬剤名 )</p> <p>【生活習慣】<input type="checkbox"/>喫煙    <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>【その他】 ( )</p>	
<p><b>【口腔内の状況】</b></p>	<p><b>【歯や歯肉の状態】</b></p> <p>● 4mm以上の歯周ポケット    <input type="checkbox"/>有    <input type="checkbox"/>無</p> <p>● 歯の動揺    <input type="checkbox"/>有    <input type="checkbox"/>無</p> <p>● 歯肉の腫れ    <input type="checkbox"/>有    <input type="checkbox"/>無</p> <p>● プラーク・歯石の付着状況  <input type="checkbox"/>多い    <input type="checkbox"/>少ない    <input type="checkbox"/>無</p> <p>【むし歯】 <input type="checkbox"/>有    <input type="checkbox"/>無</p> <p>【その他】 ( )</p>
	<p><b>【口腔機能の問題】</b> <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>口腔衛生状態    <input type="checkbox"/>口腔乾燥    <input type="checkbox"/>咬合力</p> <p><input type="checkbox"/>舌口唇運動機能    <input type="checkbox"/>舌圧    <input type="checkbox"/>咀嚼機能</p> <p><input type="checkbox"/>嚥下機能</p> <p><b>【小児口腔機能の問題】</b> <input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>咀嚼機能    <input type="checkbox"/>嚥下機能    <input type="checkbox"/>食行動</p> <p><input type="checkbox"/>構音機能    <input type="checkbox"/>栄養    <input type="checkbox"/>舌圧</p> <p><input type="checkbox"/>口唇閉鎖力    <input type="checkbox"/>その他</p>
<p><b>【その他・特記事項】</b></p>	
<p><b>改善目標</b></p>	<p><input type="checkbox"/>歯磨きの習慣    <input type="checkbox"/>歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用</p> <p><input type="checkbox"/>喫煙習慣    <input type="checkbox"/>食習慣の改善 (飲料物の習慣・間食の習慣)</p> <p><input type="checkbox"/>口腔機能の改善・獲得</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
<p><b>治療の予定</b></p>	<p><input type="checkbox"/>むし歯 (つめる・冠・根の治療)    <input type="checkbox"/>ブリッジ    <input type="checkbox"/>義歯</p> <p><input type="checkbox"/>歯肉炎・歯周炎の治療    <input type="checkbox"/>継続的な口腔機能の管理</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>

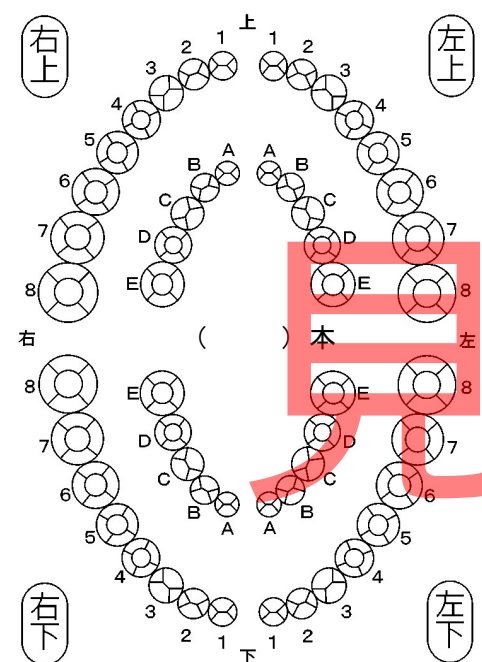
この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名  
(担当歯科医師)

# 歯と口の健康のために **控** (治療のお知らせ)

No. 10

令和 年 月 日

<b>患者氏名</b>	
【基礎疾患】 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
【服薬】 <input type="checkbox"/> マイナ保険証確認 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤の種類・薬剤名) ( )	
【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
【その他】 ( )	
<b>【口腔内の状況】</b> 	<b>【歯や歯肉の状態】</b> <input checked="" type="checkbox"/> 4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 歯の動揺 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> プラーク・歯石の付着状況 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無 <b>【むし歯】</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <b>【その他】</b> ( )
	<b>【口腔機能の問題】</b> <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 咬合力 <input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <b>【小児口腔機能の問題】</b> <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 舌圧 <input type="checkbox"/> 口唇閉鎖力 <input type="checkbox"/> その他
	<b>【その他・特記事項】</b>
<b>改善目標</b>	<input type="checkbox"/> 歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス・歯間ブラシの使用 <input type="checkbox"/> 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 食習慣の改善 (飲料物の習慣・間食の習慣) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>治療の予定</b>	<input type="checkbox"/> むし歯 (つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> 継続的な口腔機能の管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )

この治療の予定は治療開始時の方針であり、実際の治療内容や進み方により、変更することがあります。

医療機関名  
(担当歯科医師)