

歯と口の健康のために

(治療のお知らせ)

年 月 日

お名前		No.	
【基礎疾患】☐ アレルギー () ☐ 呼吸器疾患 () ☐ 耳鼻科疾患 () ☐ 心臓疾患 () ☐ 血液疾患 () ☐ 肝・腎疾患 () ☐ その他 () 【服薬】☐ マイナ保険証確認 ☐ 無 ☐ 有(薬剤の種類・薬剤名 ()) 【生活習慣】歯みがき ☐ 起床後 ☐ 食後(朝・昼・夕) ☐ 就寝前 ☐ 1日()回 ☐ デンタルフロスの使用 ☐ 電動歯ブラシの使用 間食 ☐ 不規則 ☐ 規則正しい ☐ あまりしない 内容() 習慣的飲料物() その他()			
【口腔内の状況】		【むし歯】 ☐ なし ☐ 初期あり ☐ あり 【歯肉の状態】 ・プラークや歯石の付着 ☐ なし ☐ 少しあり ☐ あり ・歯肉の炎症 ☐ なし ☐ 少しあり ☐ あり 【その他】()	
		【小児口腔機能の問題】 ☐ なし ☐ 咀嚼機能 ☐ 嚥下機能 ☐ 食行動 ☐ 構音機能 ☐ 栄養 ☐ 口唇閉鎖力(N) ☐ 舌圧(kPa) ☐ 習癖(くせ) 指しゃぶり・舌の突出・おしゃぶり使用・歯ぎしり・ 口呼吸・その他() ☐ その他()	
		【その他・特記事項】	
改善目標	☐ 歯みがきの習慣 ☐ 歯ブラシ・フロス(糸ようじ)の使用 ☐ 飲料物の習慣 間食の習慣 ☐ よくかむ習慣 ☐ 口腔機能の改善・獲得 ☐ その他()		
治療の予定	☐ ブラッシング指導 () ☐ フッ化物塗布 ☐ シーラント ☐ むし歯治療 (進行抑制剤塗布・つめる・冠・根の治療) ☐ 抜歯 ☐ 歯肉炎・歯周炎の治療 ☐ 継続的な口腔機能の管理 () ☐ 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)