**歯科疾患管理・小児口腔機能管理　　　　　　　　　　　　 (文書様式1初回用・小児)Ｒ６**

**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)

公益社団法人日本小児歯科学会監修