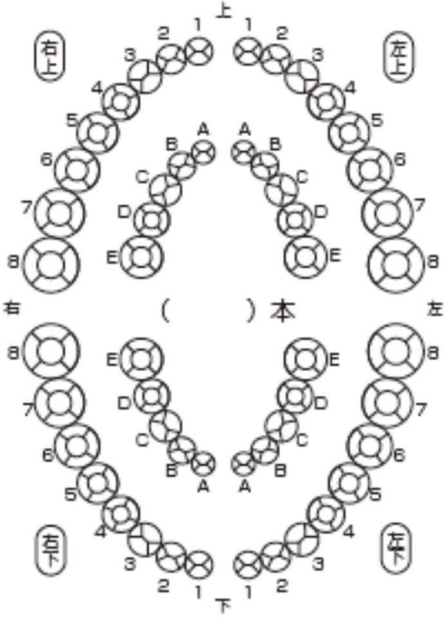


患者氏名	
<div>【基礎疾患】<input type="checkbox"/>高血圧症   <input type="checkbox"/>心血管疾患   <input type="checkbox"/>呼吸器疾患   <input type="checkbox"/>糖尿病   <input type="checkbox"/>骨粗鬆症 <input type="checkbox"/>その他 ( )</div> <div>【服 薬】<input type="checkbox"/>無   <input type="checkbox"/>有 (薬剤の種類・薬剤名 )</div> <div>【生活習慣】<input type="checkbox"/>喫煙   <input type="checkbox"/>その他 ( )</div> <div>【そ の 他】 ( )</div>	
<div>【口腔内の状況】</div>  <div>( ) 本</div>	<div>【歯や歯肉の状態】</div> <div>・ 4 mm以上の歯周ポケット   <input type="checkbox"/>有   <input type="checkbox"/>無</div> <div>・ 歯の動揺   <input type="checkbox"/>有   <input type="checkbox"/>無</div> <div>・ 歯肉の腫れ   <input type="checkbox"/>有   <input type="checkbox"/>無</div> <div>・ 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</div> <div>【むし歯】   <input type="checkbox"/>有   <input type="checkbox"/>無</div> <div>【その他】 ( )</div>
	<div>【口腔機能の問題】<input type="checkbox"/>無</div> <div><input type="checkbox"/>口腔衛生状態   <input type="checkbox"/>口腔乾燥   <input type="checkbox"/>咬合力</div> <div><input type="checkbox"/>舌口唇運動機能   <input type="checkbox"/>舌圧   <input type="checkbox"/>咀嚼機能</div> <div><input type="checkbox"/>嚥下機能</div> <div>【小児口腔機能の問題】<input type="checkbox"/>無</div> <div><input type="checkbox"/>咀嚼機能   <input type="checkbox"/>嚥下機能   <input type="checkbox"/>食行動</div> <div><input type="checkbox"/>構音機能   <input type="checkbox"/>栄養   <input type="checkbox"/>その他</div>
	【その他・特記事項】
改善目標	<div><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</div> <div><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)</div> <div><input type="checkbox"/>口腔機能の改善・獲得</div> <div><input type="checkbox"/>その他 ( )</div>
治療の予定	<div><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</div> <div><input type="checkbox"/>歯肉炎・歯周炎の治療</div> <div><input type="checkbox"/>その他 ( )</div>

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)