

年 月 日

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 （ 歳）		
【現在のお口の中の状況】（該当項目の□にチェックしてください）			
・ 痛みについて	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 時々痛い	<input type="checkbox"/> 痛くない
・ 歯肉の出血について	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
・ 腫れについて	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> ない
・ 食事について	<input type="checkbox"/> 食べにくい	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 食べやすくなった
・ その他（			
【生活習慣の状況】			
・ 1日の歯磨きの回数	（ ）回		
・ 歯磨きの時間	<input type="checkbox"/> 朝食後	<input type="checkbox"/> 昼食後	<input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 就寝前
・ 習慣的飲料物	<input type="checkbox"/> 炭酸飲料	<input type="checkbox"/> ジュース	<input type="checkbox"/> その他（ ）
・ 間食の取り方	<input type="checkbox"/> 不規則	<input type="checkbox"/> 規則正しい	<input type="checkbox"/> しない
・ 歯口清掃器具の使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ
・ その他（			
【備考】			

<p>【口腔内の状況】</p> <p>義歯装着 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>	<p>【歯周組織検査の概要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・歯の動揺 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>正常 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・その他 () <p>【画像診断結果の概要】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・歯の支持骨吸収 <input type="checkbox"/>高度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>無 ・その他の特記事項 () <p>【プラーク付着状況】 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>やや多い <input type="checkbox"/>少ない</p> <p>【その他の留意点】</p> <p><input type="checkbox"/>咀嚼機能 <input type="checkbox"/>摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/>構音機能</p> <p>【口腔内の状態の改善状況】</p> <p>()</p>
<p>【継続して行う治療内容】</p>	<p><input type="checkbox"/>むし歯治療 <input type="checkbox"/>歯周疾患治療 <input type="checkbox"/>被せ物 <input type="checkbox"/>ブリッジ <input type="checkbox"/>義歯</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>【改善目標事項】</p>	<p><input type="checkbox"/>歯磨きの習慣 <input type="checkbox"/>飲料物の習慣 <input type="checkbox"/>間食の習慣</p> <p><input type="checkbox"/>歯口清掃器具の使用 <input type="checkbox"/>喫煙習慣 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>【治療期間】</p>	<p>約 () 週・月 () 回程度</p>

この治療と管理の予定は現時点での方針であり、今後の治療状況により、変更することがあります。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出下さい。