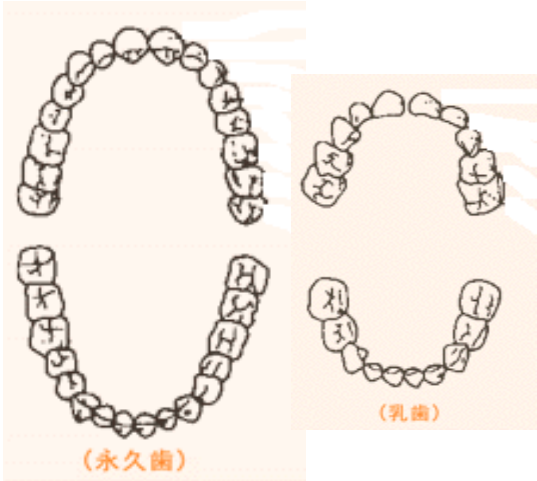


歯科疾患管理料に係る管理計画書（継続用）

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）					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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】					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 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】					

【口腔内の状況】 義歯装着 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		【歯周組織検査の概要】
		<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（ ）
		【画像診断結果の概要】
		<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（ ）
		【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 【その他の留意点】 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 構音機能
【口腔内の状態の改善状況】 （ ）		
【継続して行う治療内容】	<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 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
【改善目標事項】	<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 <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（ ）	
【治療期間】	約（ ）週・月 （ ）回程度	

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。