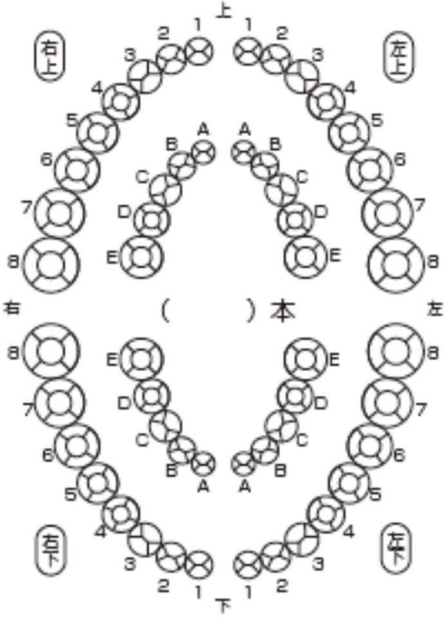


患者氏名	
【基礎疾患】 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
【服 薬】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤の種類・薬剤名 ) )	
【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
【そ の 他】 ( ) )	
<div>【口腔内の状況】</div> 	<div>【歯や歯肉の状態】</div> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 4 mm以上の歯周ポケット    <input type="checkbox"/> 有    <input type="checkbox"/> 無</li><li>・ 歯の動揺    <input type="checkbox"/> 有    <input type="checkbox"/> 無</li><li>・ 歯肉の腫れ    <input type="checkbox"/> 有    <input type="checkbox"/> 無</li><li>・ 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</li></ul> <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>
	<div>【その他・特記事項】</div>
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)