

歯科疾患管理料に係る管理計画書

年 月 日

<p>患者氏名</p> <p>【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 ()</p> <p>【服薬】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤の種類・薬剤名)</p> <p>【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>【その他】 ()</p>															
<p>【口腔内の状況】</p>	<p>【歯や歯肉の状態】</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 ・ 歯の動搖 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・ 歯肉の腫れ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・ 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 <p>【むし歯】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>【その他】 ()</p>														
	<p>【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 口腔衛生状態</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 口腔乾燥</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 咬合力</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能</td> <td><input type="checkbox"/> 舌圧</td> <td><input type="checkbox"/> 咀嚼機能</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 嘂下機能</td> </tr> </table> <p>【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 咀嚼機能</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 嘂下機能</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 食行動</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 構音機能</td> <td><input type="checkbox"/> 栄養</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> </table> <p>【その他・特記事項】</p>	<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 咬合力	<input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能	<input type="checkbox"/> 舌圧	<input type="checkbox"/> 咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 嘂下機能			<input type="checkbox"/> 咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 嘂下機能	<input type="checkbox"/> 食行動	<input type="checkbox"/> 構音機能	<input type="checkbox"/> 栄養
<input type="checkbox"/> 口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 咬合力													
<input type="checkbox"/> 舌口唇運動機能	<input type="checkbox"/> 舌圧	<input type="checkbox"/> 咀嚼機能													
<input type="checkbox"/> 嘂下機能															
<input type="checkbox"/> 咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 嘂下機能	<input type="checkbox"/> 食行動													
<input type="checkbox"/> 構音機能	<input type="checkbox"/> 栄養	<input type="checkbox"/> その他													
<p>改善目標</p> <p><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</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>															
<p>治療の予定</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>															

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)