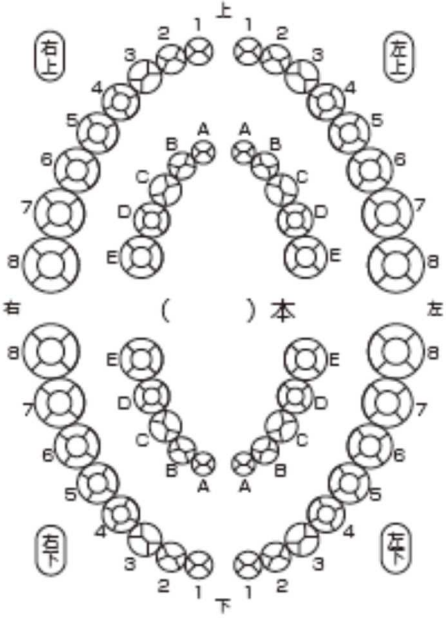


歯科疾患管理料に係る管理計画書

年 月 日

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)