

歯科疾患管理

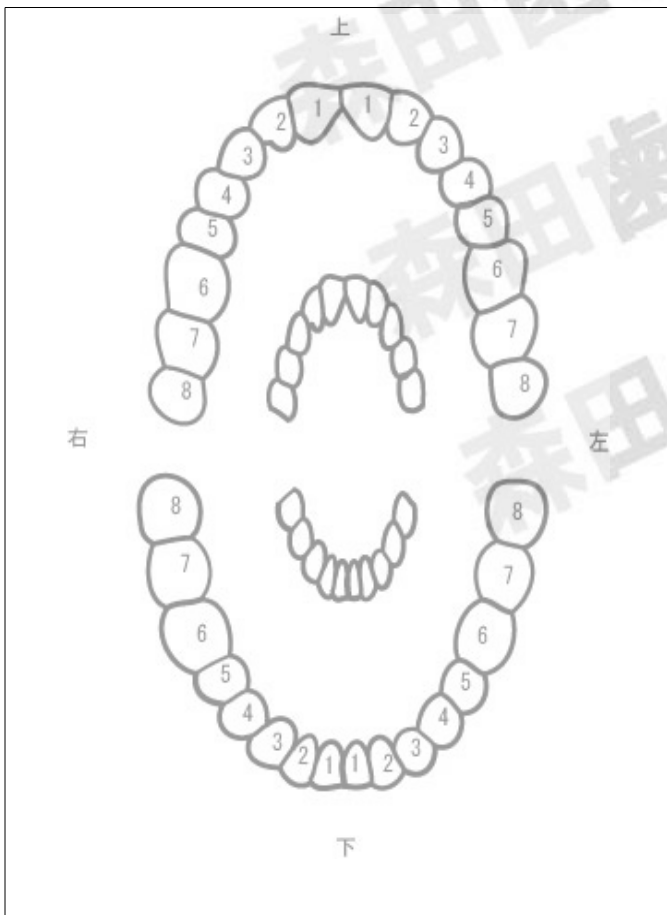
歯と口の治療管理

(患者さんへ) 貴方の生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。説明をお受けになった後に、右下の□にチェックをしてください。ご質問がありましたらいつでもお申しください。

受付 年 月 日

氏名	生年月日 年 月 日	{職業}
住所 〒	{電話番号}	
勤務先	{電話番号}	
紹介者		

今日はどうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 血が出る <input type="checkbox"/> 腫れた <input type="checkbox"/> 歯をいれたい <input type="checkbox"/> その他()
特異体質やアレルギーがありますか	
歯科治療に対するご希望	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部なおしたい <input type="checkbox"/> 今痛んでるところだけなおしたい <input type="checkbox"/> 健康保険の範囲でなおしたい <input type="checkbox"/> 自費治療があれば説明を聞きたい <input type="checkbox"/> その他()
今までにかかった病気は？	肝炎(A B C) 心臓病 高血圧症 糖尿病 骨粗鬆症 腎臓病 その他()
薬を飲んでますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名:)
歯みがきの回数は？	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝前 1回の時間は()分ぐらい
歯ブラシ以外の清掃用品は？	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他()
喫煙習慣は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
睡眠時間は？	約()時間
習慣的飲料物は？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
間食の取り方は？	<input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない



○歯・歯肉の状態・検査結果

プラークや歯石の付着(ノ部分)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯の動揺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯周ポケット(4mm以上)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

○治療予定

虫歯(つめる・冠・根の治療)
歯肉炎・歯周炎の治療 義歯・ブリッジ
その他()

○次のことに気をつけてください

喫煙
食生活習慣()
歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)

上記の説明を受けました。

○摘要

