

歯科疾患管理料に係る管理計画書

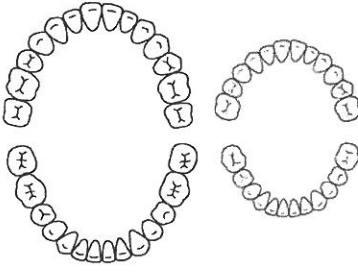
[患者記入欄]

年 月 日

患者氏名		性別	男・女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)				
問診	【全身の状態(該当項目の□にチェック)】 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> その他()				
	【服薬歴】 薬剤名()				
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】				
	・1日歯磨きの回数 ()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
	・喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 過去にあり	
	・睡眠時間	<input type="checkbox"/> 不足	<input type="checkbox"/> やや不足	<input type="checkbox"/> 十分	
・歯磨き方法	<input type="checkbox"/> 習ったことがない		<input type="checkbox"/> 習ったことがある		
・その他 ()					
備考					

[患者記入欄]

年 月 日

<p>【口腔内の状況】</p> <p>義歯 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> 	<p>【歯周組織検査の概要】</p> <p>・4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>・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</p> <p>・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>・歯の痛み <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>・その他()</p> <hr/> <p>【画像診断結果の概要】</p> <p>・歯の支持骨吸収 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>正常</p> <p>・その他の特記事項()</p> <hr/> <p>【歯科疾患と全身の健康との関係】</p> <p>()</p>
<p>【改善目標事項】</p> <p><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</p> <p><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()</p>	
<p>【治療の予定】</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>義歯 <input type="checkbox"/>その他()</p>	
<p>【治療の期間】</p> <p>約()週・月 ()回程度</p>	

この治療と管理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。また、ご希望、ご質問がありましたらいつでもお申し出ください。