

記載例：現行の様式の余白に、赤字項目を記載してください

歯科疾患管理・口腔機能管理・小児口腔機能管理

(文書様式1 初回用) R2

歯と口の健康のために (治療のお知らせ)

年 月 日

患者氏名		No.
【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) ○マイナ保険証確認		
【生活習慣】 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他 ()		
【その他】 (マイナ保険証で薬剤情報が確認できた場合に記載)		
【口腔内の状況】 	【歯や歯肉の状態】 <ul style="list-style-type: none"> ● 4mm以上の歯周ポケット <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ● 歯の動揺 <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 	
	【むし歯】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【その他】 ()	
【口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 <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"/> 嚥下機能		
【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> 無 ○舌圧 ○口唇閉鎖力 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食行動 <input type="checkbox"/> 構音機能 <input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> その他		
【その他・特記事項】		
改善目標	<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 <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) <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善・獲得 <input type="checkbox"/> その他 ()	
治療の予定	<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 <input type="checkbox"/> 歯肉炎・歯周炎の治療 ○継続的な口腔機能の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	

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。