

患者さんへの情報提供用紙のご案内

① 歯科疾患管理計画書・初回用

【お口の健康管理のために】 (初回)

※治療と継続的保管理を要される方は本枠内を記入してください

年 月 日

氏名 _____ 性別 男・女 年齢 _____ 歳

【現在の口の中の状態】
 痛みについて 痛い 痛くない 歯肉の出血 なし あり
 【全身の状態】
 ①糖尿病 () 高血圧症 () 心疾患 ()
 ②腎臓病 (血糖、血圧、その他) () 妊娠中 (月) その他 ()
 ③かかりつけ医師氏名 () _____

【歯周病】 なし あり (歯肉炎) _____

【生活習慣の状態】
 ①1日の歯磨きの回数 _____ 回 (朝 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥)
 ②歯磨き剤の使用 なし フロス (糸ようじ) 歯間ブラシ
 ③歯磨きの方法 (歯間部) (歯間部) (①) (②) (③)
 ④飲み物の摂取 炭酸飲料 (co) ジュース (co) その他 (co)
 ⑤喫煙習慣 なし あり (本) (日) _____
 ⑥睡眠時間 約 _____ 時間 _____

【歯の状態】
 歯肉の状態 なし あり
 歯石 なし あり
 歯の齧傷 なし あり
 歯周ポケット (4mm以上) なし あり
 呼吸器 なし あり

【歯と全身の健康との関係】
 () 週 () 回 () 月 () 日

保存医歯科病名 _____
 担当歯科医師名 _____

② 歯科疾患管理計画書・継続用 (実地指兼用)

【現在のお口の状態】 (継続中)

年 月 日

様

①現在の状態
 治療の継続中 治療・管理の変更
 一時休養決定

②今後の治療予定
 歯科治療 歯肉病の治療
 被せもの ブリッジ 歯橋
 その他 () _____

③歯肉の状態
 前歯からの変化 () _____
 歯肉の状態 なし あり () _____
 歯石 なし あり () _____
 歯の齧傷 0 - 1 - 2 - 3 () _____
 歯周ポケット (4mm以上) なし あり () _____
 呼吸器 なし あり () _____

④生活習慣の状態
 歯磨きの回数 1 - 2 - 3 - 4 () _____
 歯磨き剤の使用 なし あり () _____
 歯磨き剤の種類 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ () _____
 歯磨きの回数 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ () _____
 歯磨き剤の種類 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ () _____
 歯磨きの回数 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ () _____
 歯磨き剤の種類 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ () _____

⑤歯科疾患と全身の健康との関係
 () 週 () 回 () 月 () 日

保存医歯科病名 _____
 担当歯科医師名 _____
 担当歯科衛生士 _____

衛生士からのアドバイス
 歯磨法 歯と歯の隙 (歯間) フロス 歯橋 (スクラッピング法・バ法) 歯周ポケットの洗浄 ()
 齧傷 (かかと齧き) その他 ()
 歯と歯肉の状態 () _____
 ①お口がきれいになります
 ②お口が臭い (歯垢がついている所)
 ③歯肉が腫れる (歯肉が赤い)
 ④歯が揺る (歯が抜ける)

家庭での留意点
 歯生活 しらべり等 その他 () _____

保存医歯科病名 _____
 担当歯科医師名 _____
 担当歯科衛生士 _____

③ 新製有床義歯管理料用

【装着物のお知らせ】

年 月 日

様

1. 歯 ——— 白い歯のもの
 2. H ——— 金属製の歯のもの
 3. G ——— 樹脂製の歯のもの
 4. R ——— 樹脂製の歯のもの
 5. D ——— 金属製の歯 (ブリッジ、入れ歯) のもの

※この歯磨きで上の歯の磨き込みが深いため、歯肉が赤くなる場合があります。歯肉が赤くなる場合は、歯肉が赤くなるまで、定期的な歯磨きが必要です。歯肉が赤くなる場合は、歯肉が赤くなるまで、定期的な歯磨きが必要です。

【新しい入れ歯の取り扱い】

欠損の状態 → 問題なし ・ 問題あり

【歯肉の状態】
 ①歯肉の状態 ②歯肉の状態 ③歯肉の状態
 ④歯肉の状態 ⑤歯肉の状態 ⑥歯肉の状態

【歯と全身の健康との関係】
 ①歯と全身の健康との関係 ②歯と全身の健康との関係
 ③歯と全身の健康との関係 ④歯と全身の健康との関係
 ⑤歯と全身の健康との関係 ⑥歯と全身の健康との関係

保存医歯科病名 _____
 担当歯科医師名 _____
 担当歯科衛生士 _____

④ クラウン・ブリッジ維持管理料用

クラウン・ブリッジ維持管理に関する説明書

患者氏名 _____ 様

装着日 _____ 年 月 日

クラウン・ブリッジに対し、当院では2年間の維持管理を行っています。クラウン・ブリッジを長期にわたり快適に使用できるように管理するものです。何かありましたらご相談ください。

(医療機関名) _____

クラウン・ブリッジ維持管理に関する説明書

患者氏名 _____ 様

装着日 _____ 年 月 日

クラウン・ブリッジに対し、当院では2年間の維持管理を行っています。クラウン・ブリッジを長期にわたり快適に使用できるように管理するものです。何かありましたらご相談ください。

(医療機関名) _____

⑤ 歯科衛生実地指導料用

【お口の中をいつもきれいにしましょう】 歯科衛生実地指導

年 月 日

様

氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 歳

【口腔内の状態】
 歯肉の状態 なし あり
 歯石 なし あり
 歯の齧傷 なし あり
 歯周ポケット (4mm以上) なし あり
 呼吸器 なし あり

【評価】
 ①歯肉の状態 なし あり
 ②歯石 なし あり
 ③歯の齧傷 なし あり
 ④歯周ポケット (4mm以上) なし あり
 ⑤呼吸器 なし あり

【指導内容と家庭での留意点】
 ①歯の磨き方 歯 かかと齧き
 ②歯の磨き方 フロス スクラッピング法
 ③歯の磨き方 バ法 その他 () _____
 ④補助器具の使用 (歯間ブラシ、デンタルフロスなど)

【衛生士からのアドバイス】
 ①歯と全身の健康との関係 () _____
 ②歯と全身の健康との関係 () _____
 ③歯と全身の健康との関係 () _____
 ④歯と全身の健康との関係 () _____
 ⑤歯と全身の健康との関係 () _____

保存医歯科病名 _____
 担当歯科医師名 _____
 担当歯科衛生士 _____

■ご注文方法
 FAXでご注文を受付けております。協会まで送信ください。

■サイズ
 B5判で2枚複写の1冊50組綴り

■書籍販売
 1冊/500円 (税抜き)

■お支払方法
 代引引換でお願いします。「書籍代+送料+代引手数料」宅配業者にお支払いください。

■ご注意
 発送は、ご注文後、5日程かかります。余裕をもってご注文をお願いします。

FAX注文用紙



03-3209-9918

ご注文はFAXでお願いします

会員氏名 (必須) _____

会員番号 (必須) _____

医療機関名称 _____

TEL _____

送付先 〒 _____

① 歯科疾患管理計画書・初回用	冊
② 歯科疾患管理計画書・継続用 (実地指兼用)	冊
③ 新製有床義歯管理料用	冊
④ クラウン・ブリッジ維持管理料用	冊
⑤ 歯科衛生実地指導料用	冊