

## 歯と口の治療管理(初回) 及び 口腔衛生状況

(患者さんへ)あなた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。  
太枠内の必要事項をご記入ください。

お名前 \_\_\_\_\_ 20 年 月 日

○次のことについてお伺いします。(該当するものに☑または○をしてください)

1.お口のお手入れについて

- ・歯磨きをする時は 起床後 食後(朝・昼・夕) 就寝前 その他
- ・1回の時間は( )分くらい
- ・歯ブラシ以外の清掃用品は フロス 歯間ブラシ その他

2.喫煙習慣 なし あり (紙タバコ・電子タバコを 平均1日\_\_\_\_\_本×\_\_\_\_\_年間くらい)

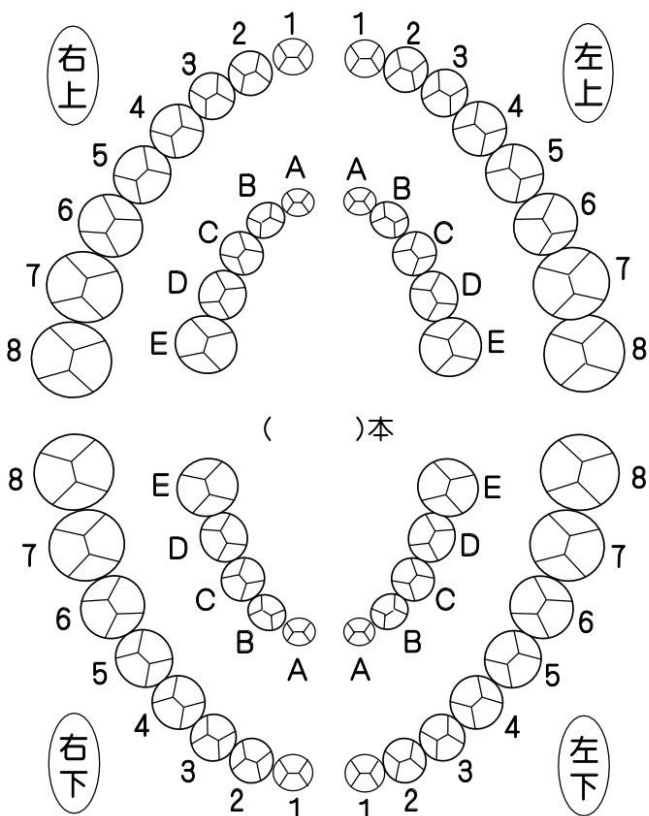
3.睡眠時間 約( )時間

4.食生活習慣について

- ・習慣的飲料物 なし あり(砂糖の含有あり・なし 具体的に:\_\_\_\_\_)
- ・間食の取り方 不規則 規則正しい あまりしない

5.現在治療中ですか いいえ はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・その他 )

6.薬を飲んでいますか? いいえ はい(薬剤名: )



○歯・歯肉の状態・検査結果

- ・プラークや歯石の付着(///部分)  
全体の\_\_%が磨けていません  
よく磨けています(~20%)  
ほぼ磨けています(20%~30%)  
もう少し努力してください(30%~50%)  
努力が必要です(50%~)

- ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫脹) なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯周ポケット(4mm 以上)の有無 なし あり

○治療予定

- むし歯(つめる・冠・根の治療)
- 歯肉炎・歯周病の治療 義歯・ブリッジ
- その他( )

○口腔機能の問題

- 舌口唇運動機能 口腔乾燥 嚥下機能
- 口腔衛生状態 舌圧 咬合力 なし

○小児口腔機能の問題

- 咀嚼機能 嚥下機能 食行動
- 構音機能 栄養 なし

○次の事に気を付けてください

- 喫煙習慣
- 食生活習慣(飲料物の習慣・間食の習慣)
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)
- 口腔機能の改善・獲得

歯科医師：小山茂樹 歯科衛生士：

開始時刻 : ~終了時刻 :

〒701-4276

岡山県瀬戸内市長船町服部202-24

TEL 0869-26-6828 小山歯科クリニック