

# 歯と口の健康のために

## (治療のお知らせ)

年 月 日

お名前		No.	
【口腔内の状況】 	【むし歯】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 初期あり <input type="checkbox"/> あり 【歯肉の状態】 ●プラークや歯石の付着 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> あり ●歯肉の炎症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少しあり <input type="checkbox"/> あり 【その他】 ( )		
	【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 唇閉鎖力 ( ) N <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"/> 習癖(くせ) 指しゃぶり・舌の突出・おしゃぶり使用・歯ぎしり・ <input type="checkbox"/> 呼吸・その他( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
【その他・特記事項】			
これまでの治療	<input type="checkbox"/> ブラッシング指導 ( ) <input type="checkbox"/> フッ化物塗布 <input type="checkbox"/> シーラント <input type="checkbox"/> むし歯治療 (進行抑制剤塗布・つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能管理 <input type="checkbox"/> その他( )		
改善目標	<input type="checkbox"/> 歯みがきの習慣 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ・フロス(糸ようじ)の使用 <input type="checkbox"/> 飲料物の習慣 <input type="checkbox"/> 間食の習慣 <input type="checkbox"/> よくかむ習慣 <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"/> ブラッシング指導 ( ) <input type="checkbox"/> フッ化物塗布 <input type="checkbox"/> シーラント <input type="checkbox"/> むし歯治療 (進行抑制剤塗布・つめる・冠・根の治療) <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯肉炎の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能管理 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 歯科疾患の重症化予防のため、以下の治療や管理をします <input type="checkbox"/> 定期的な(むし歯・歯肉炎・歯周炎)の管理 <input type="checkbox"/> 継続的な口腔機能の管理 <input type="checkbox"/> その他( )		

※定期的に管理することは、健全な永久歯列にしていくため、それを維持するために大切です。

※お口の健康管理が全身の健康管理につながります。

**この治療の予定は、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。**

医療機関名  
(担当歯科医師)