

別紙様式 1

歯科疾患管理料に係る管理計画書（初回用）

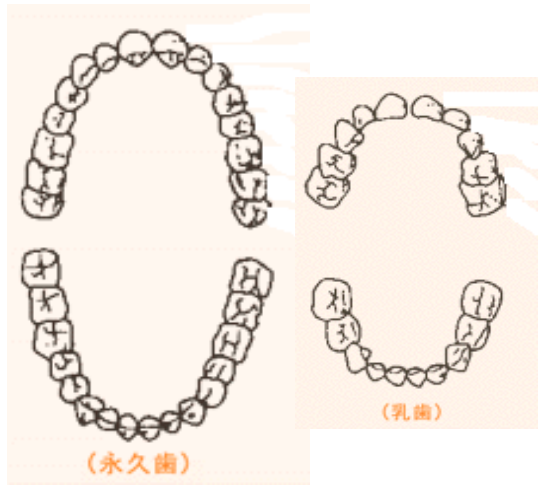
[患者記入欄]

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）】 □糖尿病 □高血圧症 □呼吸器疾患 □心血管疾患 □妊娠 □その他（ ）		
	【服薬歴】薬剤名（ ）		
生活習慣の状況	【生活習慣の状況】 ・1日の歯磨きの回数 () 回 ・歯磨きの時間 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前 ・習慣的飲料物 □炭酸飲料 □ジュース □その他（ ） ・間食の取り方 □不規則 □規則正しい □しない ・歯口清掃器具の使用 □なし □歯ブラシ □フロス □歯間ブラシ ・喫煙習慣 □有 □無 □過去に有り ・睡眠時間 □不足 □やや不足 □十分 ・歯磨き方法 □習ったことがない □習ったことがある ・その他（ ）		
備考			

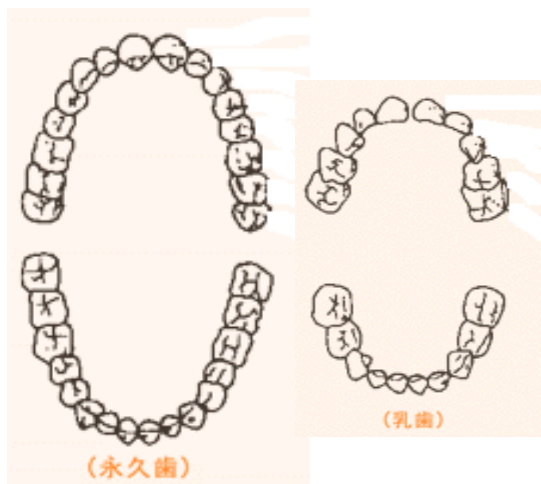
[保険医療機関記入欄]

年 月 日

【口腔内の状況】 義歯装着 □有 □無 	【歯周組織検査の概要】 ・4mm以上の歯周ポケット □有 □無 ・歯の動揺 □重度 □中等度 □軽度 □正常 ・歯肉の腫れ □有 □無 ・歯の痛み □有 □無 ・その他（ ）
	【画像診断結果の概要】 ・歯の支持骨吸収 □高度 □中等度 □軽度 □無 ・その他の特記事項（ ）
	【プラーク付着状況】□多い □やや多い □少ない 【その他の留意点】 □咀嚼機能 □摂食・嚥下機能 □構音機能
	【歯科疾患と全身の健康との関係】 ()
【改善目標事項】	□歯磨きの習慣 □飲料物の習慣 □間食の習慣 □歯口清掃器具の使用 □喫煙習慣 □その他（ ）
【治療の予定】	□むし歯治療 □歯周疾患治療 □被せ物 □ブリッジ □義歯 □その他（ ）
【治療期間】	約 () 週・月 () 回程度

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下さい。

患者氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 （ 歳）		
【現在のお口の中の状況】 （該当項目の□にチェックしてください） <ul style="list-style-type: none"> ・痛みについて <input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>時々痛い <input type="checkbox"/>痛くない ・歯肉の出血について <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある <input type="checkbox"/>ない ・腫れについて <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>時々ある <input type="checkbox"/>ない ・食事について <input type="checkbox"/>食べにくい <input type="checkbox"/>変わらない <input type="checkbox"/>食べやすくなった ・その他（ ） 			
【生活習慣の状況】 <ul style="list-style-type: none"> ・1日の歯磨きの回数 （ ）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 ・その他（ ） 			
【備考】			

【口腔内の状況】 義歯装着 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 	【歯周組織検査の概要】 <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"/>重度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>正常 ・歯肉の腫れ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ・その他（ ）
	【画像診断結果の概要】 <ul style="list-style-type: none"> ・歯の支持骨吸収 <input type="checkbox"/>高度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>無 ・その他の特記事項（ ）
	【プラーク付着状況】 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少ない 【その他の留意点】 <input type="checkbox"/> 咀嚼機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 構音機能
	【口腔内の状態の改善状況】 （ ）
【継続して行う治療内容】	<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 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他（ ）
【改善目標事項】	<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 <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（ ）
【治療期間】	約（ ）週・月 （ ）回程度

この治療と管理の予定は現時点での方針であり、今後の治療状況により、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下さい。