

情報提供用文書 様式見本

社団法人 日本歯科医師会
監 修 日本歯科医学会

(文書様式1 初回用)

歯と口の治療管理

歯科疾患管理 (歯管)

(文書様式1 継続用)

歯と口の治療管理

歯科疾患管理 (歯管)

(文書様式2)

義歯・ブリッジ・冠の管理

補綴物維持管理 (補管)

義歯管理 (義管)

(文書様式3)

専門的口腔ケア

歯科衛生実地指導 (実地指)

訪問歯科衛生指導 (訪衛指)

(文書様式4)

歯と口の機能と治療管理

後期高齢者在宅療養口腔機能管理 (在口管)

退院時共同指導

本様式の販売については一世出版株式会社へお問い合わせください

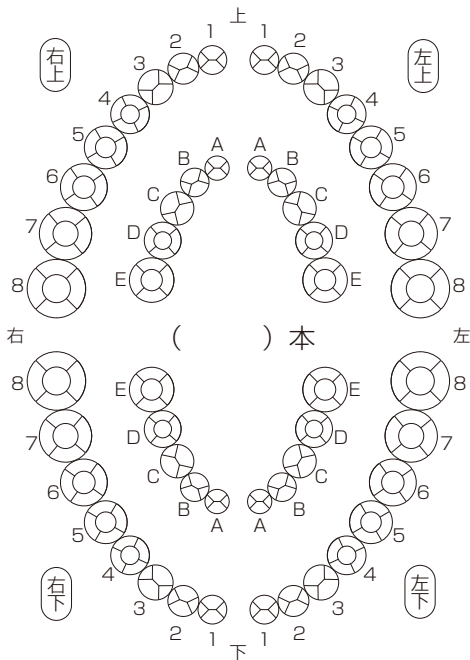
TEL : 03-3952-5141

FAX : 03-5982-7751

歯と口の治療管理

(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。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。説明をお受けになった後に、右下の□にチェックをして下さい。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

お名前	平成 年 月 日
○次のことについてお伺いします。(□にチェック、または該当するものに○を)	
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
・ 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	
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 ()
・ 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(薬名:)	



○歯・歯肉の状態・検査結果

- ・ プラークや歯石の付着 (///部分) □なし □あり
- ・ 歯肉の炎症 (発赤・出血・腫れ) □なし □あり
- ・ 歯の動揺 □なし □あり
- ・ 歯周ポケット (4mm以上) □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 ()

○次のことに気をつけてください

- 喫煙
- 食生活習慣 ()
- 歯磨きの仕方 (歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)

上記の説明を受けました

医療機関名
(担当歯科医)

歯と口の治療管理

様 平成 年 月 日

○歯・歯肉の状態・検査結果

- プラークや歯石の付着 (///部分) なし あり
- 歯肉の炎症 (発赤・出血・腫れ) なし あり
- 歯の動揺 なし あり
- 歯周ポケット (4mm以上) なし あり

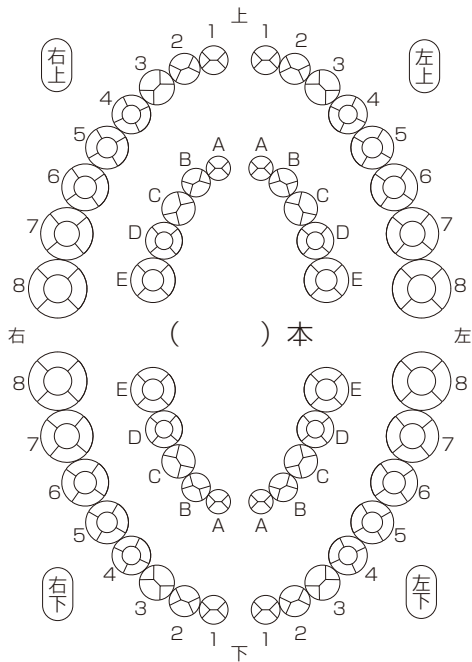
○治療予定

- 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 ()

○生活習慣の改善に合わせて、 次のことに気をつけてください

- 喫煙 食生活習慣
- 歯磨き
 - 回数
 - 時間
 - 用具

(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)



医療機関名
(担当歯科医)

ご質問がありましたら、
いつでもお申し出ください

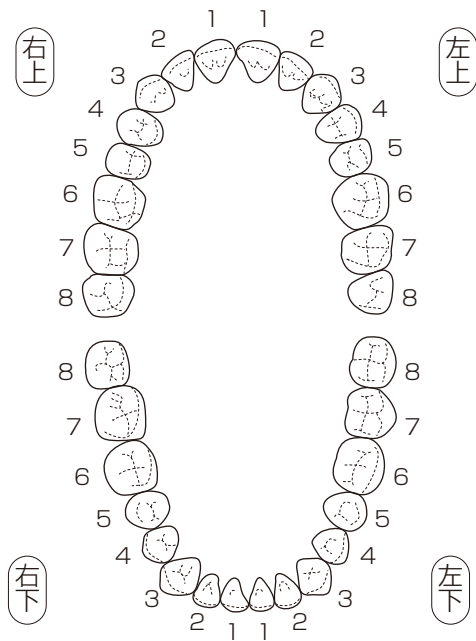
義歯・ブリッジ・冠の管理

様

平成 年 月 日

ブリッジ・冠の管理

下図の部位に装着しました。
 当院は長く快適に使える様に、2年間の維持管理を行っています。
 不具合があればお気軽にお申し出下さい。



義歯の使用上の注意について

- 今回、義歯が入りました。
- 食後は必ず洗ってください。
- 就寝時は、はずして専用の容器に保管して下さい。
- 必要に応じて、義歯清掃剤をお使い下さい。
- 痛みがありましたら調整しますので、ご連絡ください。
- 定期診査を忘れずに。
- 紛失に充分ご注意下さい。

(その他の情報)

保険医療機関名

所在地・電話番号

開設者・担当歯科医

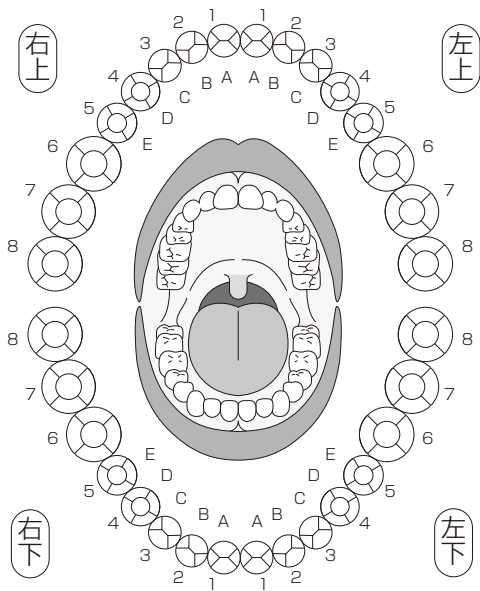
専門的口腔ケア 様

平成 年 月 日

歯と歯肉の状態

- よく磨けています
- 磨き残しがあります (///部)
- 歯石がついています
- 歯ぐきに発赤・出血・腫れがあります

● プラークスコア () %



現在 () 本

口腔ケア指導

時間 (: ~ :)

保険医療機関名

所在地・電話番号

担当 歯科医

歯科衛生士

歯と口の機能と治療管理

お名前 様 平成 年 月 日

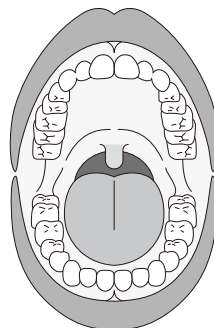
全身の状態

- | | | |
|--------------------|------------------------------|---|
| 治療中の疾患 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (疾患名: _____) |
| 服薬 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: _____) |
| 肺炎の既往 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 繰り返しあり |
| 低栄養リスク
(体重の変化等) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 |
| 食事形態 | <input type="checkbox"/> 普通食 | <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口 |

歯と口の状態

- | | | | |
|----------|---|---|---|
| 清掃の状況 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 不良 | <input type="checkbox"/> 著しく不良 |
| 口腔乾燥 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 重度 |
| むし歯 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 治療の緊急性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 歯周疾患 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 治療の緊急性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 口腔軟組織疾患 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| | | 治療の緊急性 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 義歯の使用状況 | 上顎 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| | 下顎 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | |
| 噛み合わせの安定 | <input type="checkbox"/> あり (片側・両側) <input type="checkbox"/> なし | | |
| | 義歯製作 (修理等) の必要性 | | |
| | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |

特記事項



口腔機能の状態

- | | | | |
|---------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 咀嚼機能 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 不調 |
| 摂食・嚥下機能 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 不調 |
| 発音機能 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 不調 |

ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください

医療機関名
(担当歯科医)