

歯と口の健康のために

※太枠内をご記入下さい

No.

お名前	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()内に記入してください)	
1. お口の手入れについて	
・ 普段の歯みがきは <input type="checkbox"/> 自分で磨いている <input type="checkbox"/> 保護者が磨いている ・ 仕上げ磨きは <input type="checkbox"/> 毎日している <input type="checkbox"/> 時々している <input type="checkbox"/> していない ・ 磨く時間は <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝前 ・ 1回の時間は ()分くらい ・ 歯ブラシ以外の清掃用具 <input type="checkbox"/> フロスまたは糸ようじ <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 使用していない	
2. 生活習慣について	
・ 習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳酸飲料 <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 <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"/> あまりしない	

<p>【口腔内の状況】</p> <p style="text-align: center;">()本</p>	<p>【むし歯】 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>初期あり <input type="checkbox"/>あり</p> <p>【歯肉の状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>【その他】()</p> <hr/> <p>【小児口腔機能の問題】 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>唇閉鎖力()N</p> <ul style="list-style-type: none"> <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() <hr/> <p>【その他・特記事項】 ※基礎疾患・服薬状況</p>
---	---

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 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・歯周炎の治療 <input type="checkbox"/> 口腔機能管理 <input type="checkbox"/> その他()

この治療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。