

歯科医院

所在地

歯科医師名

電話

担当歯科衛生士名

患者基本情報

歯科診察日 (H . .)

ID _____

名前 _____

治療に伴う口腔管理について 治療（前・中・後）

()は選択、□は✓を入れる

検査の結果 口の状況は次の通りです。

- | | | | |
|--------|---|--|-----------------------------------|
| 口の衛生状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> ふつう | <input type="checkbox"/> 不良 |
| 歯の状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 虫歯あり(C2以上・根の状態) | <input type="checkbox"/> 固定する歯がある |
| 歯肉の状態 | <input type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 歯石あり | <input type="checkbox"/> 炎症がある |
| 粘膜の乾燥 | <input type="checkbox"/> 乾燥なし | <input type="checkbox"/> やや乾燥 | <input type="checkbox"/> 乾燥強い |
| 義歯の状態 | <input type="checkbox"/> あり(上・下) <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 適合良好・おおむね良い <input type="checkbox"/> 適合問題あり <input type="checkbox"/> 使用していない | | |

特記事項

指導した口腔ケアは次の通りです。

ケア時にむせないように (注意が必要です ・ 特に問題ありません)

歯ブラシによる清掃方法 スクラッピング法 バス法 その他

歯磨き回数 朝 昼 晩 寝る前

歯間ブラシの使用 有 (SS S M L) なし

舌の清掃 ハブラシ 舌ブラシ スポンジブラシ なし

粘膜の清掃 (スポンジブラシ使用) 有 なし

粘膜の保湿処置 有 (洗口 保湿剤・洗口液 その他) なし

継続的なう蝕予防管理処置 (フッ化物塗布含む) 有 なし

口腔ケア指導: 口腔管理の注意点(歯・歯肉・粘膜・義歯等のケア)
