

歯科疾患管理

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、枠内の必要事項をご記入ください。検査結果と治療の予定をご説明いたします。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	
・歯磨きをするときは <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品は <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他	
2. 喫煙習慣について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()本/日 <input type="checkbox"/> 過去にあり	
3. 睡眠時間について 約()時間	
4. 食生活習慣・習慣的飲料物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
について ・間食の摂り方 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない	
5. 現在治療中ですか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧・その他)	
6. 薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
(薬剤名:)	

習慣的飲料物の飲み方についてお聞きします。

- ・家庭での飲みもの()回
短い時間で飲みきる 少しずつ分けて飲む 寝る前に飲む
- ・学校、施設、作業所での飲みもの()回
短い時間で飲みきる 少しずつ分けて飲む 寝る前に飲む

食生活についてお聞きします。

- ・一日に何回食事(主食)しますか? ()回
- ・一日に間食は何回しますか? ()回
間食はどのようなものが多いですか? ()
どのような食べ方をしていますか?
短い時間で食べきる 時間をかけて少しずつ食べる 寝る前に食べる

歯みがき剤についてお聞きします。

- 使用している 商品名() 使用していない

フッ素使用状況についてお聞きします

- 歯磨き剤に入っている 毎日フッ化物洗口 使用していない

指導内容
