

※次回から文書による情報提供は不要の場合は、右に「文書不要」とお書きください。( ) (必要に応じて文書提供いたします)

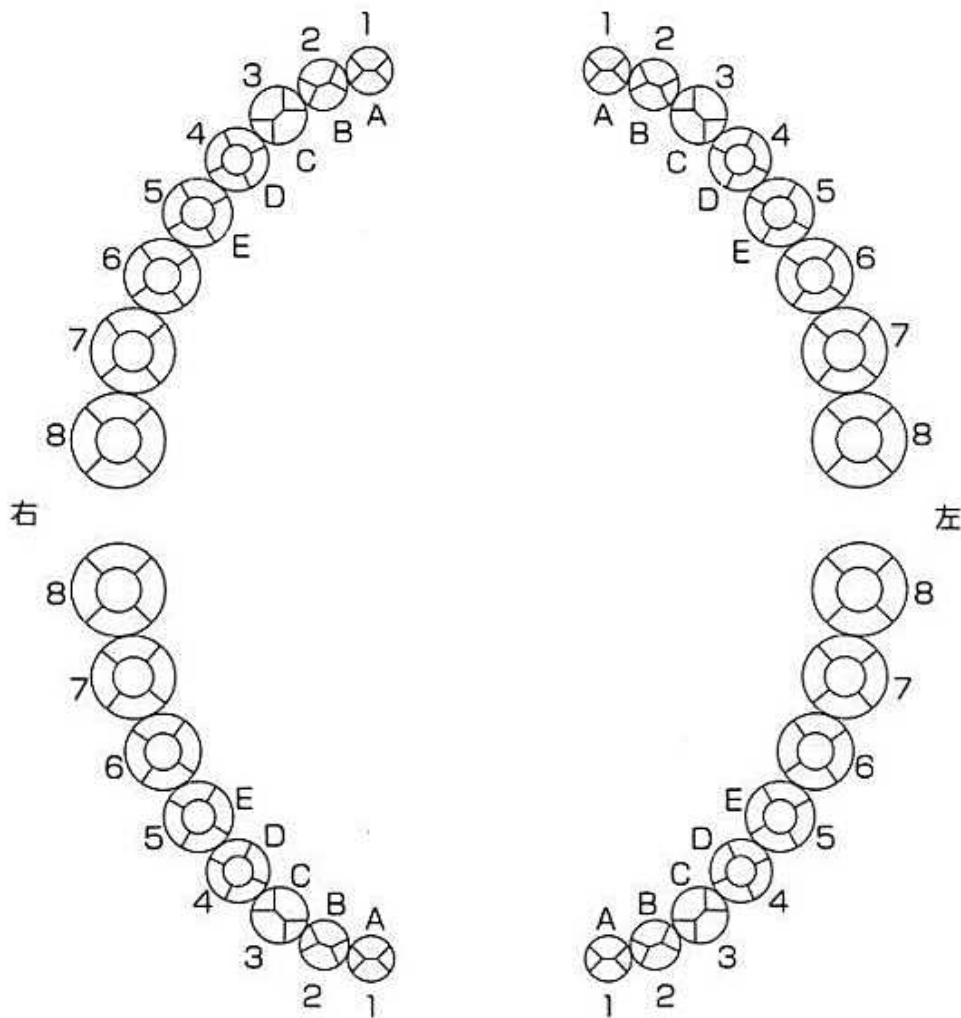
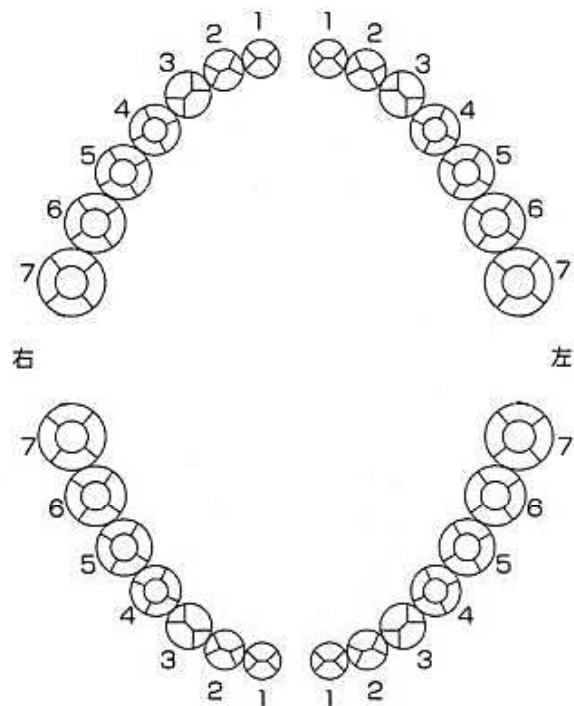
患者様氏名(直筆) ( ) 治療回数 約 ( ) 回 方針説明 (未・部・全)  
お口の治療管理・計画表 西暦 年 月 日～ 治療期間 約 ( ) 日・週・ヶ月 料金説明 (不要・未・済)

義歯：バーの位置・レジニアップ・クラスプ種類・色

外側：保存・築造・外科等

内側：補綴 ※臼歯部ポンティックの種類・前装色注意

治療後に○と日付を記入

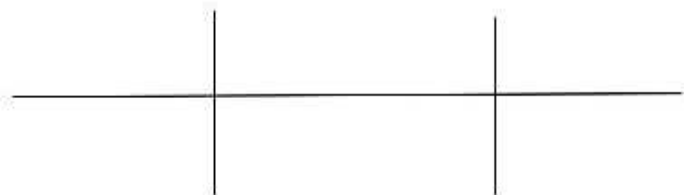


歯周病治療計画 説明 ( ) 同意 ( )

軽度 (1~3回) 中程度 (4~8回) 重度 (10回以上)

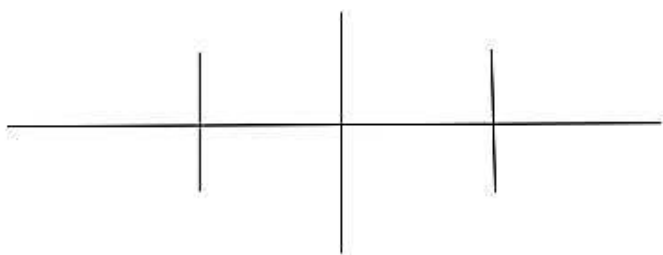
歯周病検査 1 基・精 日付 ( / )

□スケーリング(歯肉より上の部分に付着した歯石除去)



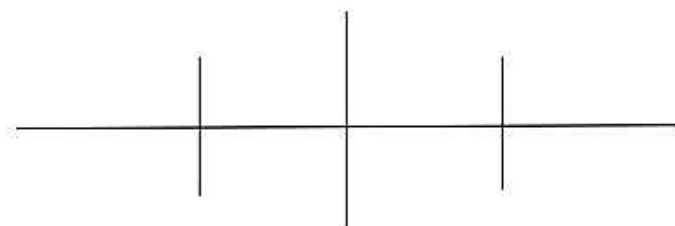
歯周病検査 2 基・精 日付 ( / )

□SRP (歯周ポケットの中の深い部分の歯石除去)



歯周病検査 精密 3( / ) 4( / )

再 SRP Fop (歯周病外科治療) SPT (安定期治療)



歯周病検査 5( / ) 6( / ) 7( / ) 8( / ) 9( / )

Fop (歯周病外科治療) SPT (安定期治療)



全身との関わり：□咀嚼とメタボリック □歯周病と糖尿病・心臓病 □女性特有のリスク

配布資料

方針立案前の確認事項：現在噛めている部分や咀嚼癖・主訴の優先順位  
その他治療に関わる事項

日常生活で気を付けていただきたいこと

- 喫煙 □食生活習慣 ( )
- 歯磨きに関して ( )

