

原因除去プログラム 計画立案チャート 1

記入日 / /

担当DH

No.	Name 様 女 男	年 月 日生
検査日 年 月 日	主訴	

◆身体的情報◆

歯科的既往歴	現病歴
全身状態・服用薬剤	健康問題・既往歴

PERIO

BOP	/ = %	歯列不正		自覚症状
PD 4 mm~		不適合修復物		
分岐部病変		咬合ストレス		
AL		全身疾患		
動揺		服薬		
骨吸収		喫煙		治療経験
細菌検査		PC 状態		
歯肉の炎症		プラーク・歯石		

口腔内状態及び関連する疾患などに対するアプローチ計画



原因除去プログラム 計画立案チャート 2

No. _____ Name _____ 記入日 ____/____/____ 担当DH _____

C A R I E S

D	M	F	T	=	av	ショ糖摂取	
う蝕傾向						飲食回数	
唾液量		ml				フッ素利用	
唾液 ph						P C 状態	
緩衝能						補助用具	
う蝕菌比率						咬合ストレス	
L B 菌数						口腔乾燥	
自覚症状							
口腔内状態及び関連する疾患などに対するアプローチ計画							

B I T E

T M J 症状		早期接触	
中心位のズレ		コンタクト不良	
非作業側干渉		自覚症状	
最大開口量	mm		
A n g l e	級		

Dr. からのアドバイス

治療計画のポイント

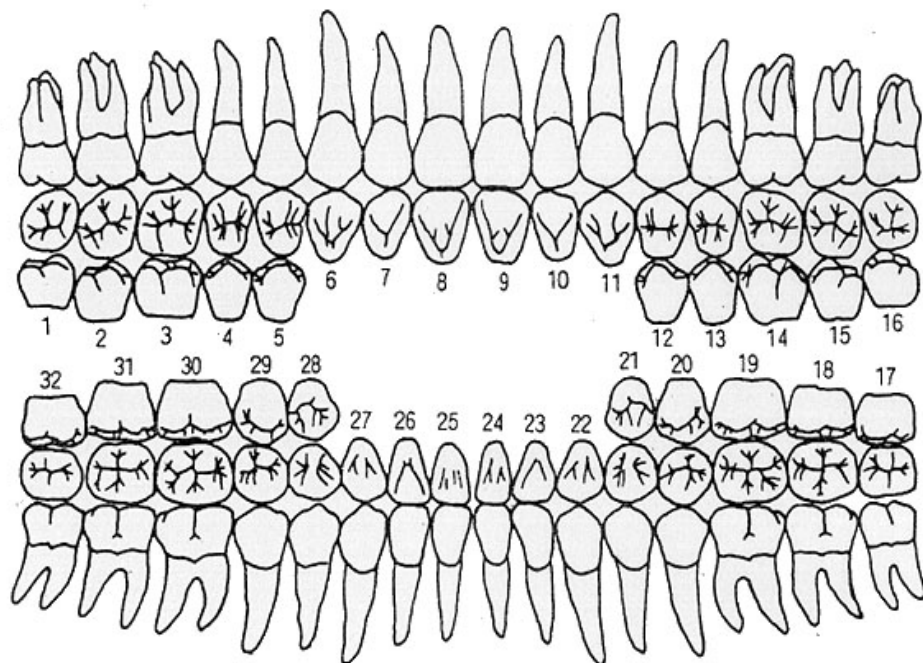
アポイントスケジュール



原因除去プログラム 計画立案チャート 3

No. _____ Name _____ 様 担当DH _____

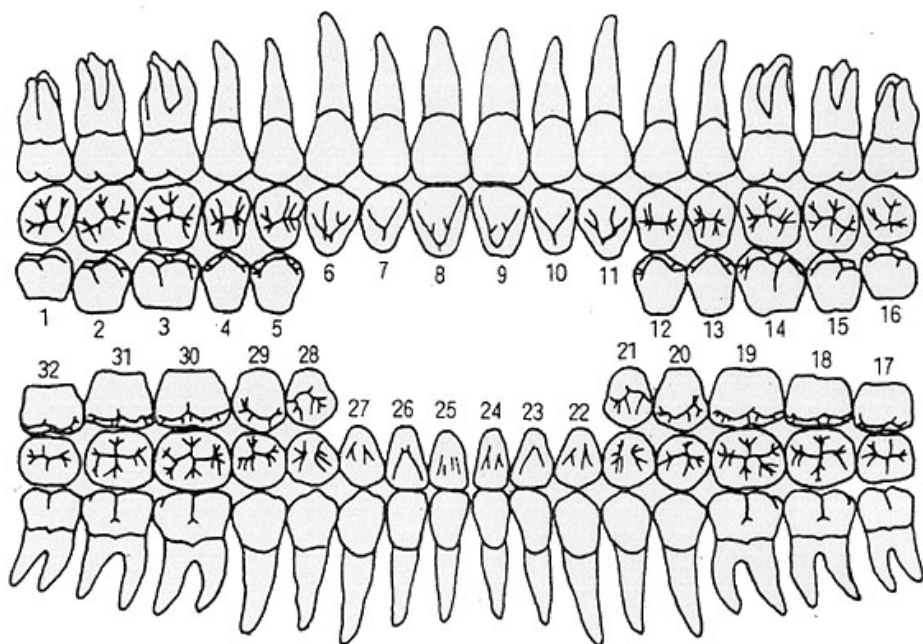
検査結果



右

左

治療計画



右

左

原因除去プログラム 計画立案チャート 4

No. _____ Name _____ 記入日 ____/____/____ 担当DH _____

◆社会的情報◆

*生活背景

家族歴・家族構成	生活習慣	職業	生活リズム

*疾患・治療が Pt.の生活に及ぼす影響

仕事（社会的役割）	家族内での役割	今後の生活	治療が家計に及ぼす影響	治療により家族が受ける影響

◆心理・社会的要因からの情報◆

検査を受けてどう思ったか
（健康観について）自分の口の中の機能がどのようになりたいか
治療に対し気になること、伝えておきたいこと



原因除去プログラム 計画立案チャート 5

No. _____ Name _____ 記入日 ____/____/____ 担当DH _____

口腔問題についての身体的アセスメント	Pt.包括的理解のための関連図
	口腔内状態及び関連する疾患など

健康観、モチベーション

●アプローチ●

口腔内状態及び関連する疾患などに対するアプローチ計画（追加）
生活習慣などに対するアプローチ計画
ホームケアにおけるアプローチ計画

