

〔お口の健康管理のために〕 初回

氏名 性別 男・女 年齢 歳 年 月 日

【現在のお口の中の状況】

痛みについて 痛い 痛くない 歯肉の出血 なし あり

【全身の状態】

糖尿病 () 高血圧症 (/) 心疾患 ()

肝疾患 (B型・C型・その他) () 妊娠 (カ月) その他 ()

かかりつけ医療機関 ()

【服薬状況】 なし あり (薬剤名:)

【生活習慣の状況】

① 1日の歯磨きの回数 回 (朝 昼 晩 就寝前)

② 補助清掃器具の使用 なし フロス (糸楊枝) 歯間ブラシ

③ 間食の取り方 規則的 不規則 しない

④ 飲みもの 炭酸飲料 (cc) ジュース (cc) その他 (cc)

⑤ 喫煙習慣 なし あり (本/日)

⑥ 睡眠時間 約 時間