

# 歯科疾患管理計画書(初回用)

— お口の健康管理のために —

2008年4月



〔お口の健康管理のために〕 (初回)

※治療と継続的な管理を受けられる方は太枠内を記入してください  
 説明を受けたあとに左下の□にチェックを入れてください 2008年 4月 10日

患者記入欄

氏名	協会 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	56 歳
【現在のお口の中の状況】					
痛みについて <input checked="" type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない 歯肉の出血 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり					
【全身の状態】					
<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 ( / ) <input type="checkbox"/> 心疾患 ( )					
<input type="checkbox"/> 肝疾患 (B型・C型・その他) ( ) <input type="checkbox"/> 妊娠 ( ヶ月) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
かかりつけ医療機関 ( )					
【服薬状況】 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (薬剤名: ノルバスク、アーチスト)					
【生活習慣の状況】					
① 1日の歯磨きの回数 <u>2</u> 回 ( <input checked="" type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input checked="" type="checkbox"/> 就寝前)					
② 補助清掃器具の使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> フロス(糸楊枝) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ					
③ 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 規則的 <input checked="" type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> しない					
④ 飲みもの <input type="checkbox"/> 炭酸飲料 ( cc) <input type="checkbox"/> ジュース ( cc) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (500cc)					
⑤ 喫煙習慣 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 本/日)					
⑥ 睡眠時間 約 <u>6</u> 時間					
【改善目標】					
① <u>3</u> 回					
② ( 歯間ブラシ)					
③ ( 控え目)					
④ ( )					
⑤ ( )					
⑥ ( 8時間 )					

医療機関記入内容

口腔内の状態

歯・歯肉の状態・検査結果

- ・歯肉の炎症 なし あり
- ・歯石 なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) なし あり
- ・骨吸収 なし あり

治療予定

- むし歯治療
- 歯周病の治療
- 被せもの
- ブリッジ
- 義歯
- その他

治療期間

( 2 ) 週 ( 1 ) 回で約 ( 6 ) ヶ月程度

保険医療機関名

全国 歯科 医院

担当歯科医師名 保険医 太郎

上記の説明を受けました (患者さんチェック欄)

算定要件および文書記載に必要な内容

【歯科疾患管理料】—控えをカルテに添付してください—

(算定要件)

- ①患者又はその家族の同意を得たうえで管理計画書を作成する。
- ②管理計画書の内容を説明した上で、初診日から1ヵ月以内に患者等に提供する。

(必要記載事項)

- ①管理計画書の提供年月日
- ②患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況や改善目標
- ③患者の基本状況(全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等)
- ④口腔内の状態(プラークおよび歯石の付着状況、歯および歯肉の状態等)
- ⑤必要に応じて実施した検査結果(エックス線写真撮影による検査、歯周組織検査およびその他の検査)等の要点
- ⑥治療方針の概要、⑦保険医療機関名、⑧当該管理を行う担当歯科医師名

【歯周病安定期治療】

- ①歯周病罹患患者に対する管理計画書作成の場合、歯周組織検査をふまえた歯科疾患管理料に係る文書を患者等に提供する。

算定要件などをご確認のうえ実態に合わせてご利用ください

# 【お口の健康管理のために】 (初回)

※治療と継続的な管理を受けられる方は太枠内を記入してください  
説明を受けたあとに左下の□にチェックを入れてください

年 月 日

氏名		性別	男・女	年齢	歳
<b>【現在のお口の中の状況】</b> 痛みについて <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない 歯肉の出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <b>【全身の状態】</b> <input type="checkbox"/> 糖尿病( ) <input type="checkbox"/> 高血圧症( / ) <input type="checkbox"/> 心疾患( ) <input type="checkbox"/> 肝疾患(B型・C型・その他)( ) <input type="checkbox"/> 妊娠( ヶ月) <input type="checkbox"/> その他( ) かかりつけ医療機関( )					
<b>【服薬状況】</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: )					
<b>【生活習慣の状況】</b> ① 1日の歯磨きの回数 _____回 ( <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 就寝前) ② 補助清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> フロス(糸楊枝) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ③ 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> しない ④ 飲みもの <input type="checkbox"/> 炭酸飲料( cc) <input type="checkbox"/> ジュース( cc) <input type="checkbox"/> その他( cc) ⑤ 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 本/日) ⑥ 睡眠時間 約 _____時間					<b>【改善目標】</b> ① _____回 ②( ) ③( ) ④( ) ⑤( ) ⑥( )

## 歯・歯肉の状態・検査結果

- ・歯肉の炎症 なし あり
- ・歯石 なし あり
- ・歯の動揺 なし あり
- ・歯周ポケット(4mm以上) なし あり
- ・骨吸収 なし あり

## 治療予定

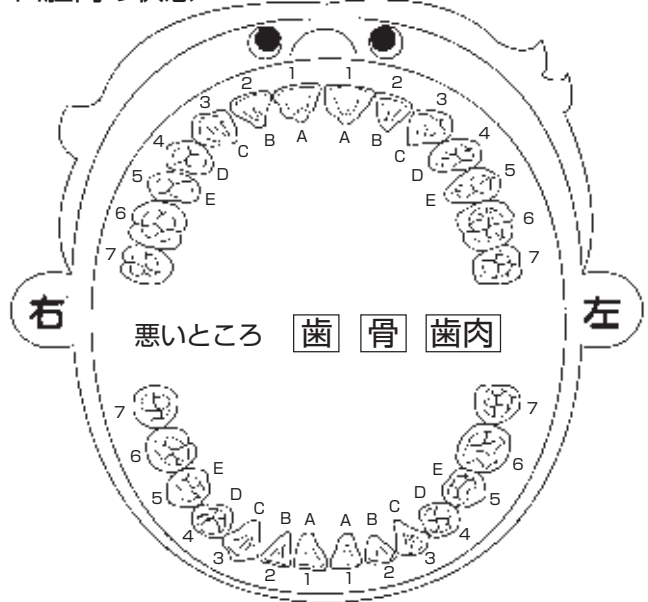
- むし歯治療
- 歯周病の治療
- 被せもの
- ブリッジ
- 義歯
- その他

## 治療期間

( ) 週 ( ) 回で約 ( ) ヶ月程度

上記の説明を受けました  
(患者さんチェック欄)

## 口腔内の状態



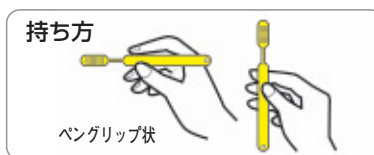
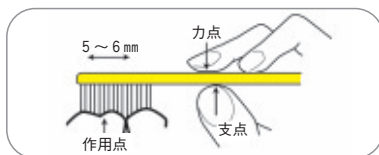
保険医療機関名

担当歯科医師名

# 正しいブラッシングを 身につけましょう

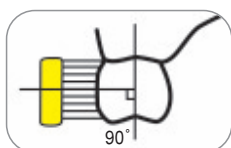


1. 毎日の習慣として身につけることが大切です。そして、1回10分以上時間を掛け、就寝前には特に念入りに磨くことが大事です。また、歯と歯肉の境目や歯と歯の間は磨きにくく、歯周病にかかりやすいので丁寧に磨きましょう。

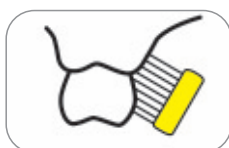


## 2. ブラッシングの方法 (1) スクラッピング法

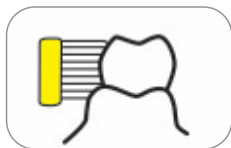
- ① 歯ブラシの毛先を歯面に直角にあてる。
- ② 前後に小さく振動させながら歯面を磨く。
- ③ 奥歯のかみ合わせの面は、かき出すようにして磨く。
- ④ 歯ぐきはできるだけこすらないようにする。



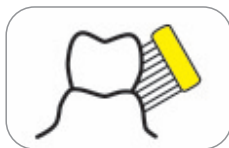
上の歯の外側



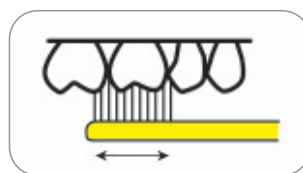
上の歯の内側



下の歯外側

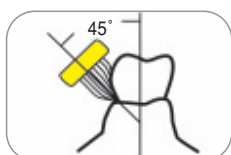


下の歯内側

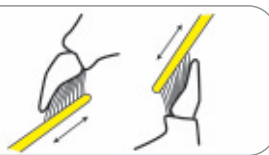
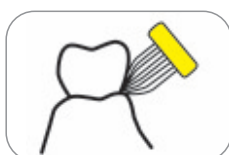


かみ合わせ

## (2) バス法



45°



上の前歯 下の前歯

歯ブラシは鉛筆をにぎる要領でもち、ブラシの先を歯面に45度にあてて、2～3歯ずつ左右にこまかく往復運動をさせて汚れを掻き出します。

3. (1) (2) 以外にもいろいろなブラッシングの方法がありますが、その人によって歯ならびと歯肉の状態が異なるので、ブラッシングの方法も異なります。大事なことは、毛の弾力を利用して毛先で掻き出すように磨くことです。自分にあったブラッシングの方法を歯科医院で習い、それを実行することが大切です。
4. 磨き残しがないようにするには、磨く歯の順序を決めて、1本1本1面1面意識しながら丁寧に時間をかけて磨くことが大切です。
5. 歯と歯が接している面などは、プラークが付着しやすく除去しにくい場所です。歯ブラシだけではどうしても残ってしまいます。そこで、補助的に歯間ブラシやデンタルフロスを使用することも大切です。
6. 鏡を見ながらブラッシングをすると、毛先の届き具合が確認できるので、より効果的なブラッシングが出来ます。

## ブラッシング到達度 チェック

- 1 歯ブラシの持ち方はベングリップ状ですか
- 2 歯ブラシの動きはリズムカルですか
- 3 歯ブラシ圧は常に均一ですか
- 4 腕の脇はいつも締まっていますか
- 5 歯ぐきの健康・不健康は自分で判断できますか

# 【お口の健康管理のために】 (初回)

※治療と継続的な管理を受けられる方は太枠内を記入してください  
説明を受けたあとに左下の□にチェックを入れてください

年 月 日

氏名		性別	男・女	年齢	歳
<b>【現在のお口の中の状況】</b> 痛みについて <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 痛くない      歯肉の出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <b>【全身の状態】</b> <input type="checkbox"/> 糖尿病( ) <input type="checkbox"/> 高血圧症( / ) <input type="checkbox"/> 心疾患( ) <input type="checkbox"/> 肝疾患(B型・C型・その他)( ) <input type="checkbox"/> 妊娠( ヶ月) <input type="checkbox"/> その他( ) かかりつけ医療機関( )					
<b>【服薬状況】</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: )					
<b>【生活習慣の状況】</b> ① 1日の歯磨きの回数 _____回 ( <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 晩 <input type="checkbox"/> 就寝前) ② 補助清掃器具の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> フロス(糸楊枝) <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ ③ 間食の取り方 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> しない ④ 飲みもの <input type="checkbox"/> 炭酸飲料( cc) <input type="checkbox"/> ジュース( cc) <input type="checkbox"/> その他( cc) ⑤ 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 本/日) ⑥ 睡眠時間 約 _____時間					<b>【改善目標】</b> ① _____回 ②( ) ③( ) ④( ) ⑤( ) ⑥( )

## 歯・歯肉の状態・検査結果

- ・ 歯肉の炎症 なし あり
- ・ 歯石 なし あり
- ・ 歯の動揺 なし あり
- ・ 歯周ポケット(4mm以上) なし あり
- ・ 骨吸収 なし あり

## 治療予定

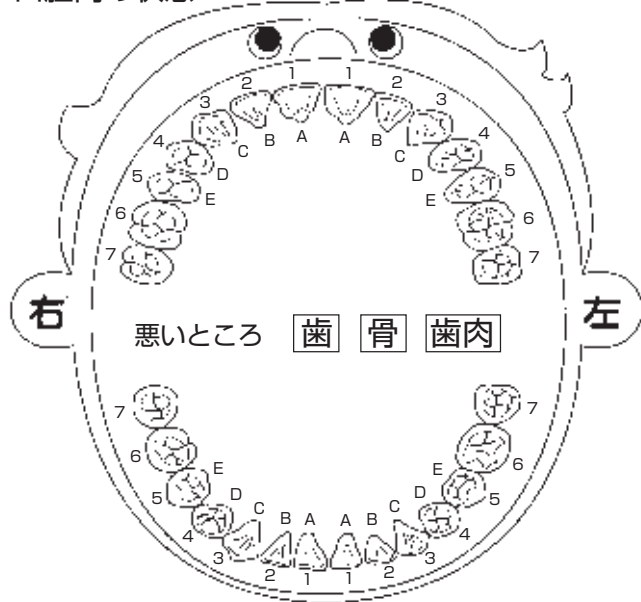
- むし歯治療
- 歯周病の治療
- 被せもの
- ブリッジ
- 義歯
- その他

## 治療期間

( ) 週 ( ) 回で約 ( ) ヶ月程度

上記の説明を受けました  
(患者さんチェック欄)

## 口腔内の状態



保険医療機関名

担当歯科医師名

# FAX注文用紙

患者への情報提供用紙注文はFAX等文書でのお申し込みをお願い致します。なお、注文先は所属の各保険医協会・医会宛にお送り下さい。(連絡先は裏表紙面参照)

( ) 保険医協会・医会 宛

## 歯科の患者への情報提供用紙の注文申込書

- 「**歯科疾患管理計画書（初回用）**」—お口の健康管理のために—  
(歯科疾患管理料に係る管理計画書初回用、歯周病安定期治療用) ( ) 冊
- 「**歯科疾患管理計画書（継続用）**」—現在のお口の状態—  
(歯科疾患管理料に係る管理計画書継続用、歯科衛生実地指導料用、歯周病安定期治療用) ( ) 冊
- 「**新製有床義歯管理用**」—装着物のお知らせ／新しい義歯の取り扱い—  
( ) 冊

医療機関名・氏名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先（電話番号・FAX番号）\_\_\_\_\_

注文申し込み日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# 保険医協会一覧表 (2008年3月27日現在)

団体名	電話番号	【FAX番号】	〒	所在地
北海道保険医協会	011-231-6281	【231-6283】	060-0042	札幌市中央区大通西 6-6 北海道医師会館 3F
青森県保険医協会	017-722-5483	【774-1326】	030-0813	青森市松原 1-2-12 青森県保険医会館内
岩手県保険医協会	019-651-7341	【651-7374】	020-0034	盛岡市盛岡駅前通り 15-19 盛岡富国生命ビル 8F
宮城県保険医協会	022-265-1667	【265-0576】	980-0014	仙台市青葉区本町 2-1-29 仙台本町ホンマビル 4F
秋田県保険医協会	018-832-1651	【833-6880】	010-0001	秋田市中通 2-2-21 秋田707生命ビル 2F
山形県保険医協会	023-642-2838	【642-2839】	990-0043	山形市本町 2-1-2 富国生命ビル 2F
福島県保険医協会	024-531-1151	【531-1153】	960-8252	福島市御山字中屋敷 96番地 福島県保険医会館
茨城県保険医協会	029-823-7930	【822-1341】	300-0045	土浦市文京町 1-50 富士火災ビル 3F
栃木県保険医協会	028-622-0083	【627-0648】	320-0017	宇都宮市戸祭台 29-17
群馬県保険医協会	027-220-1125	【220-1126】	371-0013	前橋市西片貝町 4-12-25 ロイヤルマンション西片貝103
埼玉県保険医協会	048-824-7130	【824-7547】	330-0074	さいたま市浦和区北浦和 4-2-2 安立ビル 2F
千葉県保険医協会	043-248-1617	【245-1777】	260-0031	千葉市中央区新千葉 2-7-2 大宗センタービル 4F
東京保険医協会	03-5339-3601	【5339-3449】	160-0023	新宿区西新宿 3-2-7 パシフィックシティ西新宿 4F
〃三多摩分室	042-325-1351	【325-1802】	185-0021	国分寺市南町 3-25-9 カメダビル 4F
東京歯科保険医協会	03-3205-2999	【3209-9918】	169-0075	新宿区高田馬場 1-29-8 新宿東豊ビル 6F
神奈川県保険医協会	045-453-2411	【461-0215】	221-0056	横浜市神奈川区金港町 5-36 東興ビル 2F
山梨県保険医協会	055-227-5434	【227-5435】	400-0862	甲府市朝気 1-3-19 オフィス、イン、コマツ
新潟県保険医協会	025-241-8625	【241-4959】	950-0865	新潟市中央区本馬越 2-17-5
富山県保険医協会	076-442-8000	【442-3033】	930-0004	富山市桜橋通り 6-13 フコクビル 11F
石川県保険医協会	076-222-5373	【231-5156】	920-0902	金沢市尾張町 2-8-23 太陽生命金沢ビル 6F
福井県保険医協会	0776-21-1660	【21-1649】	910-0854	福井市御幸 4-20-18 オノダニビル 5階
長野県保険医協会	026-226-0086	【226-8698】	380-0906	長野市大字鶴賀字七瀬 629-1 長野東口ビル 9F
岐阜県保険医協会	058-267-0711	【267-0712】	500-8844	岐阜市吉野町 6-14 三井生命岐阜駅前ビル 6F
静岡県保険医協会	054-281-6845	【281-7473】	422-8067	静岡市駿河区南町 18-1 サウススポット静岡 8F
愛知県保険医協会	052-832-1345	【834-3512】	466-8655	名古屋市昭和区妙見町 19-2 愛知県保険医会館内
三重県保険医協会	059-225-1071	【225-1088】	514-0062	津市観音寺町 429-13
滋賀県保険医協会	077-522-1152	【525-3093】	520-0047	大津市浜大津 2-1-36 大津フコク生命ビル 8F
京都府保険医協会	075-311-8888	【321-0056】	604-8845	京都市中京区御前通松原下ル 京都府医師会館内
京都府歯科保険医協会	075-431-2314	【441-9292】	603-8214	京都市北区紫野雲林院町18 京都視力センタービル 5F
大阪府保険医協会	06-6568-7721	【6568-2389】	556-0021	大阪市浪速区幸町 1-2-33 保険医会館内 1F
大阪府歯科保険医協会	06-6568-7731	【6568-0564】	556-0021	大阪市浪速区幸町 1-2-33 保険医会館内 3F
兵庫県保険医協会	078-393-1801	【393-1802】	650-0024	神戸市中央区海岸通 1-2-31 神戸フコク生命海岸通ビル 5F
奈良県保険医協会	0742-33-2553	【34-9644】	630-8013	奈良市三条大路 2-1-10
和歌山県保険医協会	073-436-3766	【436-4827】	640-8157	和歌山市八番丁 11番地 日本生命和歌山八番丁ビル 8F
鳥取県保険医協会	0859-24-3063	【24-3066】	683-0853	米子市両三柳 877-1 鳥取県保険医会館
島根県保険医協会	0852-25-6250	【27-5724】	690-0047	松江市嫁島町 9-35
岡山県保険医協会	086-277-3307	【277-3371】	703-8266	岡山市湊 487-1
広島県保険医協会	082-262-5424	【262-5427】	732-0825	広島市南区金屋町 2-15 マニュアルライフブレイス広島 4F
山口県保険医協会	083-231-9630	【231-7864】	751-0823	下関市貴船町 3-1-1 中央ビル 3F
徳島県保険医協会	088-626-1221	【623-6754】	770-0847	徳島市幸町 1-44 徳島フコク生命ビル 5F
香川県保険医協会	087-851-4022	【826-5552】	760-0011	高松市浜ノ町 11-1 吉左右(きっそう)ビル 1F
愛媛県保険医協会	089-975-7602	【976-7603】	790-0921	松山市福音寺町 36-5
高知県保険医協会	088-832-5231	【832-5229】	780-8035	高知市河ノ瀬町 41-1明治安田生命高知西ビル 4F
福岡県保険医協会	092-451-9025	【451-6642】	812-0016	福岡市博多区博多駅前 1-2-3 KDX博多ビル 8F
福岡県歯科保険医協会	092-473-5646	【473-7182】	812-0016	福岡市博多区博多駅前 1-2-3 KDX博多ビル 8F
佐賀県保険医協会	0952-29-1933	【23-5218】	840-0801	佐賀市駅前中央 1-9-45 三井生命ビル 4F
長崎県保険医協会	095-825-3829	【825-3893】	850-0056	長崎市恵美須町 2-3 フコク生命ビル 2F
熊本県保険医協会	096-385-3330	【385-6448】	862-0950	熊本市水前寺 6-50-25 中島ビル4F
大分県保険医協会	097-568-0066	【568-1570】	870-0951	大分市大字下郡 1602-1 大分県保険医会館 1F
宮崎県保険医協会	0985-29-9516	【29-1256】	880-0056	宮崎市神宮東 3-4-21 山本コーポ 1F
鹿児島県保険医協会	099-254-8662	【254-8667】	890-0056	鹿児島市下荒田 3-44-18 のせビル 3F
沖縄県保険医協会	098-832-7813	【832-4482】	902-0078	那覇市字識名 1195-1 大城産業ビル 1F 106号
全国保険医団体連合会	03-3375-5121	【1862・1885】	151-0053	渋谷区代々木 2-5-5 新宿農協会館 6F