

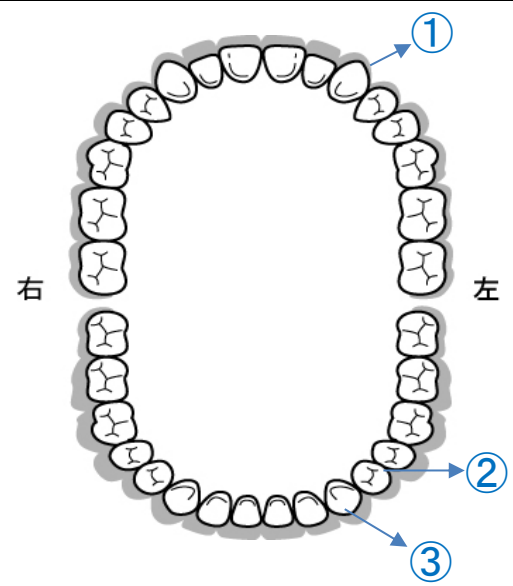
▲ 経過報告書

福森 太郎 殿

平成 30年 11月 1日

初診日	平成 30年 9月 1日
初診時の主訴	入れ歯が合わないので、修理をお願いしたい。

◆ 治療の概要 ◆



①左下の一本残っている歯が歯ぐきの炎症を起こしていたので、口腔内を清掃し、歯石を除去致しました。

②下の入れ歯の内面を削って調整を行い、新しいバネを加えて、修理致しました。

③上の入れ歯の左側にある糸切り歯が欠けておりましたので、修理致しました。

今後は、ご本人様ご家族様のご希望により、2週間に1回のペースで口腔ケア及び月1回の歯科医師による口腔内チェック行って参ります。

◆ 定期的な口腔ケアの継続について ◆

継続的な口腔ケアの必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口腔ケア継続の説明先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> （他）	口腔ケアの説明書の交付	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 交付先： <input checked="" type="checkbox"/> 説明先と同じ <input type="checkbox"/> （他） <input type="checkbox"/> 無 （理由）
口腔ケア継続の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 有 → 同意者： <input checked="" type="checkbox"/> 説明先と同じ <input type="checkbox"/> （他） <input type="checkbox"/> 無 （理由）	口腔ケア頻度	<input type="checkbox"/> 週1回 <input checked="" type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月1回 <input type="checkbox"/> （他）		

◆ 今後の定期検診などの予定 ◆

今後の予定	<input checked="" type="checkbox"/> 定期チェック → <input checked="" type="checkbox"/> （ 1 カ月アポイント <input checked="" type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 未定 決定日→（ 12月 1日）
-------	---

◆ その他(備考・留意事項) ◆

すべての治療が終了致しました。今後、現在のお口の状態を維持・管理していく為に定期的なチェック及び歯科医師の指示のもと歯科衛生士が訪問し口腔ケアを行います。定期チェック時に新たな処置が必要となった場合はご報告させていただきます。

保険医療機関名	医療法人福翔会 福森歯科クリニック分院	所在地	大阪市福島区鷺洲1-7-39-1F
電話・FAX	電話番号:0120-544-118 FAX番号:06-6459-7286	担当歯科医師	

※ 歯科医院記入欄

診療回数：	6 回	カルテ分類	(A)・B・C・D	備考：
-------	-----	-------	-----------	-----