

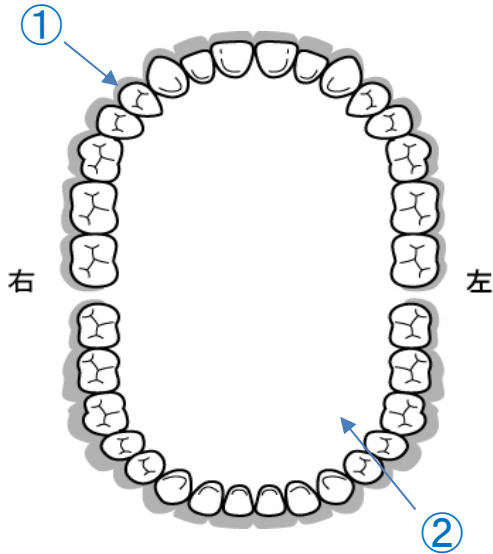
● 終了報告書

福森 太郎 殿

平成 30年 10月 1日

初診日	平成 30年 8月 1日
初診時の主訴	虫歯で歯痛い。下の入れ歯を付けると痛みがありしっかりと噛むことができない。

◆ 治療の概要 ◆



①右上の歯に小さい虫歯がありました。虫歯を削って詰め物を致しました。

②下の入れ歯が、歯ぐきに強く当たっている個所があり、そこから痛みが出ておりました。入れ歯を削って調整を行い、現在はお痛みもなく入れ歯をご使用されております。

全ての治療が終了致しました。今後は、ご本人様ご家族様のご希望により、3カ月に1回の歯科医師による、口腔内及び入れ歯のチェックを行って参ります。

◆ 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 type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口腔ケア継続の説明先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> （他）	口腔ケアの説明書の交付	<input type="checkbox"/> 有 → 交付先 <input type="checkbox"/> 説明先に同じ <input type="checkbox"/> （他） <input type="checkbox"/> 無 （理由）
口腔ケア継続の同意	<input type="checkbox"/> 有 → 同意者 <input type="checkbox"/> 説明先に同じ <input type="checkbox"/> （他） <input type="checkbox"/> 無 （理由）	口腔ケア頻度	<input type="checkbox"/> 週1回 <input 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 type="checkbox"/> ① 口腔ケア継続 <input checked="" type="checkbox"/> ② 定期チェック <input type="checkbox"/> ③ その他
②定期チェックの方	… 定期チェックの頻度 → （ 3カ月） アポイント <input checked="" type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 未定 決定日→（ 1月 1日）
③その他の方	… （内容）

◆ 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3カ月に1回のペースで歯科医師による口腔内のチェックを行います。もしお痛み等がございましたら、ご連絡を頂きますようお願い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

ご負担金	・郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 次回集金 <input type="checkbox"/> その他	カルテ分類	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	備考:
------	---	-------	--	-----