

認定歯科衛生士 提出症例視覚資料

- ◆ 症例： ○○○○年○○月○○日生、初診時○○才、○性
- ◆ 初診時：○○○○年○○月○○日
- ◆ 最新メンテナンス時：○○○○年○○月○○日
- ◆ 症例の特徴や要点

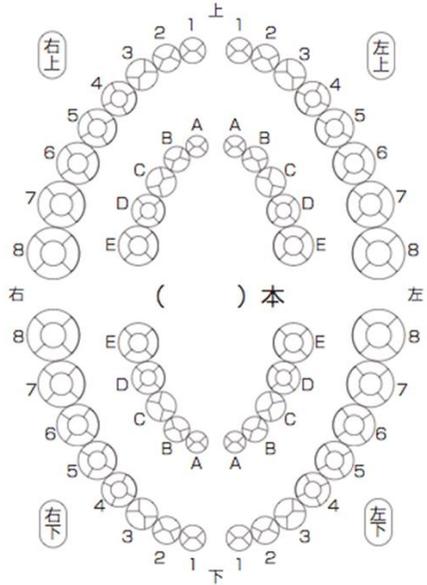
症例番号：

申請者氏名：○○ ○○

初診時:

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇才、〇性



齒列・咬合所見

口腔内写真
上顎咬合面

口腔内写真
右側側方

口腔内写真
正面

口腔内写真
左側側方

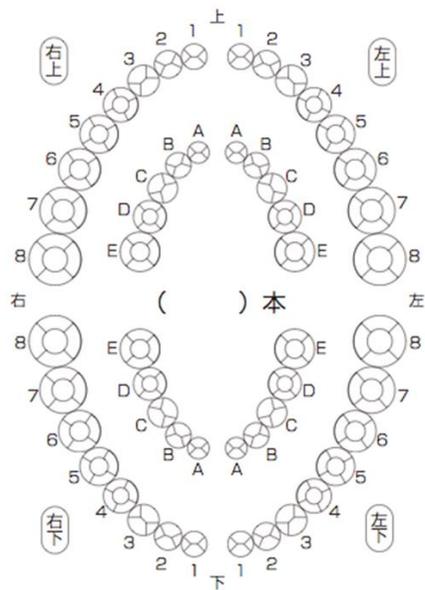
口腔内写真
下顎咬合面

症例番号:

申請者氏名: 〇〇 〇〇

最新メンテナンス時：
〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇才、〇性



口腔内写真
上顎咬合面

口腔内写真
右側側方

口腔内写真
正面

口腔内写真
左側側方

口腔内写真
下顎咬合面

症例番号：

申請者氏名：〇〇 〇〇

初診時:

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇才、〇性

エックス線写真
(10枚法 または 14枚法)
あるいは
パノラマ写真

**要検討：基本的に全顎
古い症例(本制度開始2年以上前は部分的でもOK)**

症例番号:

申請者氏名:〇〇 〇〇

最新メンテナンス:

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇才

エックス線写真
(10枚法 または 14枚法)
あるいは
パノラマ写真

症例番号:

申請者氏名: 〇〇 〇〇

歯垢染色時の口腔写真あるいはチャート

例

術前

予防管理〇カ月後



ブラッシング状況(使用器具・方法・頻度等)

症例番号:

申請者氏名:〇〇 〇〇

食生活・間食等に関する問診・記録

例：平日2日, 休日1日

HER問診表 HER A

お名前 XXXXXXXXXX

下記の質問についてお伺いします。該当するものに○をつけてください

- お口のお手入れ方法について
 ・歯磨きは1日()回 起床時・食後(朝・昼・夜)・就寝時
 ・歯ブラシ以外のものも使用されていますか？
 はい(フロアブラシ)・歯間ブラシ・その他() いいえ
 ・フloss入りの歯磨き粉を使いますか？
 はい 1日()回・いいえ・わからない
- 間食はしますか？
 はい 1日()回くらい(時間を決めて、だらだら)・いいえ
- 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか？
 糖尿病・肺炎・高血圧・心臓病・骨粗しょう症・癌・肝炎
 その他()
- お薬は服用中ですか？
 はい()・いいえ
- タバコは吸っていますか？
 はい(1日 本)・過去喫煙有(約 年)・喫煙なし
- 口の渇きが気になりますか？ はい・いいえ
- 歯科医院で定期的に健診を受けていますか？ はい・いいえ
 「いいえ」の方 歯医者に行かれたのはどのくらい前ですか？ ()年前・わからない
- ご家族の方は、歯科医師に定期的に健診を受けていますか？ はい・いいえ・わからない



食事の記録

お名前 XXXXXXXXXX



(ご記入方法)

- ☆ 休日を含め、連続3日間で行なってください。
- ☆ 水、お茶以外のものを口にされた際、その時刻のところに記入ください。
- ☆ 歯磨きをされた場合もご記入ください。

	令和 年 月 日 (曜日)	令和 年 9月 11日 (全 曜日)	令和 年 9月 12日 (土 曜日)	令和 年 9月 13日 (日 曜日)
午前	例			
6:00	☆歯磨き			
7:00	●パン	パン		
8:00	●白玉焼き 牛乳	白玉焼き		白玉焼き
9:00				
10:00				
11:00	●餅 ●コーヒー (砂糖入)	餅 アイスコーヒー 1杯、抹茶ジュース	パン	
12:00	●唐揚げ サラダ 味噌汁			カレーライス
午後	1:00			
2:00				
3:00	●ホットケーキ			
4:00	●コーヒー (砂糖入)		パン	
5:00				
6:00				
7:00	●焼き魚 豆腐煮 ご飯			カレー ご飯
8:00				
9:00		アイス	パン	アイス
10:00	●アイスクリーム	アイス	アイス	アイス
11:00	☆歯磨き			
12:00				

図10 問診

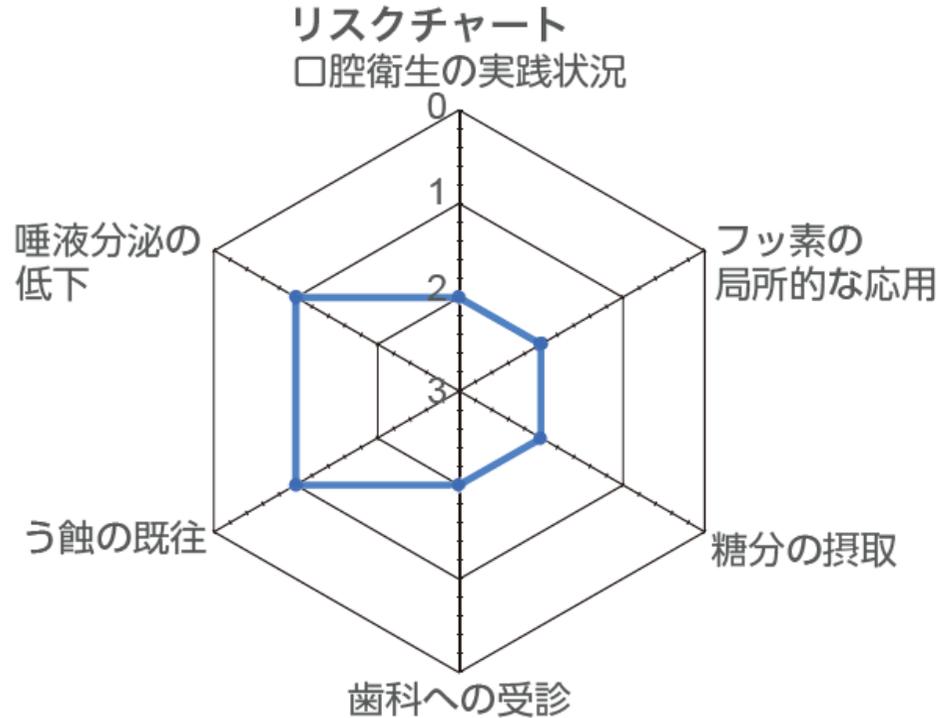
A：問診表 B：食事記録

症例番号：

申請者氏名：○○ ○○

例

う蝕リスク解析



う蝕予防管理計画書 (予防プラン)

セルフケア

- ・ 歯並びに合わせた歯磨き指導
バス法、前歯の立て磨き、フロスの使用
- ・ 歯磨剤の変更とフッ素の応用
カムテクトAc (歯磨剤)
ホームジェル (フッ素ジェル)
オブリス (フッ素洗口)
- ・ 唾液分泌量の向上
唾液腺マッサージ、POs-Ca (ガム)
- ・ 糖分摂取の改善 F
摂食回数を減らす
スポーツドリンクをお茶に変更

プロフェッショナルケア

- ・ メインテナンスの励行 (当初は2W毎
保健指導と1カ月毎のPMTC)

う蝕リスク要因 :

う蝕リスク評価 :

症例番号 :

申請者氏名 : ○○ ○○

評価/比較 例

- ・視診
- ・触診
- ・エックス線診
- ・透照診
- ・レーザー蛍光法
- ・う蝕リスク検査等

う蝕の進行ステージ
と活動性

臨床診断・病名

症例番号:

患歯の
口腔写真

術前

予防管理〇カ月後



エックス線写真



その他参考画像
(透照診像等)



申請者氏名:
〇〇〇〇

**その他追加したい口腔内写真、
エックス線画像や検査結果等が
あれば、適宜スライドを増やして
貼り付けて下さい。**

**尚、その場合は追加した資料
のポイントを明記して下さい。**

症例番号：

申請者氏名：○○ ○○