

歯周内科治療チェックシート

氏名： _____

年齢： 10歳以下 10代 20代 30代 40代 50代 60代 70代 80歳以上

性別： 男 ・ 女

タバコをすう： はい ・ いいえ

薬をのんでいる： はい ・ いいえ

チェック日	治療前	治療後
	年 月 日	年 月 日
① 歯ぐきが腫れている	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
② 出血が気になる	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
③ 歯がグラグラする	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
④ 歯ぐきから膿が出る	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
⑤ 口の中がネバネバする	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
⑥ 口臭が気になる	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
⑦ 噛むといたい	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
⑧ 歯が浮いた感じがする	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
⑨ 歯がしみる	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
⑩ 歯がザラザラする	はい いいえ 不明	改善 やや改善 変化なし 悪化
その他気になる点		