

様式3-1

受診	1.通院	2.往診	3.訪問
医療機関名・住所・歯科医師氏名		初診日（開始日） 年 月 日	
		終了日 年 月 日	
主訴			
初診時口腔内所見			
①口腔清掃状態（良・普通・悪い） ②入れ歯の状態（良・普通・悪い） ③むし歯（有・無） ④歯肉の状態 腫れ（有・無） 発赤（有・無）出血（有・無） ⑤歯石（有・無） ⑥その他・特記事項			
治療内容			
*以降記載欄不足の時は、口腔ケア欄に記入			

歯-1

様式3-1

受診	1.通院	2.往診	3.訪問
医療機関名・住所・歯科医師氏名		初診日（開始日） 年 月 日	
		終了日 年 月 日	
主訴			
初診時口腔内所見			
①口腔清掃状態（良・普通・悪い） ②入れ歯の状態（良・普通・悪い） ③むし歯（有・無） ④歯肉の状態 腫れ（有・無） 発赤（有・無）出血（有・無） ⑤歯石（有・無） ⑥その他・特記事項			
治療内容			
*以降記載欄不足の時は、口腔ケア欄に記入			

歯-1

