

カルテ貼付用シールの見本と申し込み法

A. 基本検査

1シート(シール16枚)80円/シール1枚のサイズ: 1.0cm x 3.5cm

 **AVERY® maxell** J8362

99.06 x 33.87 mm x 16

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

前周基本検査

前週度																			
EPP																			
1	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
EPP																			
前週度																			

衛生士実地指導

1シート(シール8枚)60円/シール1枚のサイズ:10cm x 6.9cm

AVERY® maxell J8365

99.06 x 67.73 mm x 8

患者名: _____
平成 年 月 日 [時 分 ~ 時 分]

所見(歯・歯肉・プラーク等)	所見																																																							
	ブラーク付番号	<table border="1"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																											
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
指導・指導内容等	所見																																																							
ブラッシングについて(方法・時間・使用器具等)		スコアー												DH名:																																										
		— %												歯科医師 確認印																																										

患者名: _____
平成 年 月 日 [時 分 ~ 時 分]

所見(歯・歯肉・プラーク等)	所見																																																							
	ブラーク付番号	<table border="1"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																											
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
指導・指導内容等	所見																																																							
ブラッシングについて(方法・時間・使用器具等)		スコアー												DH名:																																										
		— %												歯科医師 確認印																																										

患者名: _____
平成 年 月 日 [時 分 ~ 時 分]

所見(歯・歯肉・プラーク等)	所見																																																							
	ブラーク付番号	<table border="1"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																											
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
指導・指導内容等	所見																																																							
ブラッシングについて(方法・時間・使用器具等)		スコアー												DH名:																																										
		— %												歯科医師 確認印																																										

患者名: _____
平成 年 月 日 [時 分 ~ 時 分]

所見(歯・歯肉・プラーク等)	所見																																																							
	ブラーク付番号	<table border="1"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																											
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
指導・指導内容等	所見																																																							
ブラッシングについて(方法・時間・使用器具等)		スコアー												DH名:																																										
		— %												歯科医師 確認印																																										

患者名: _____
平成 年 月 日 [時 分 ~ 時 分]

所見(歯・歯肉・プラーク等)	所見																																																							
	ブラーク付番号	<table border="1"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																											
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
指導・指導内容等	所見																																																							
ブラッシングについて(方法・時間・使用器具等)		スコアー												DH名:																																										
		— %												歯科医師 確認印																																										

患者名: _____
平成 年 月 日 [時 分 ~ 時 分]

所見(歯・歯肉・プラーク等)	所見																																																							
	ブラーク付番号	<table border="1"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																											
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
指導・指導内容等	所見																																																							
ブラッシングについて(方法・時間・使用器具等)		スコアー												DH名:																																										
		— %												歯科医師 確認印																																										

患者名: _____
平成 年 月 日 [時 分 ~ 時 分]

所見(歯・歯肉・プラーク等)	所見																																																							
	ブラーク付番号	<table border="1"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																											
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
指導・指導内容等	所見																																																							
ブラッシングについて(方法・時間・使用器具等)		スコアー												DH名:																																										
		— %												歯科医師 確認印																																										

患者名: _____
平成 年 月 日 [時 分 ~ 時 分]

所見(歯・歯肉・プラーク等)	所見																																																							
	ブラーク付番号	<table border="1"> <tr><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>														7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																											
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																															
指導・指導内容等	所見																																																							
ブラッシングについて(方法・時間・使用器具等)		スコアー												DH名:																																										
		— %												歯科医師 確認印																																										

8 x mm 37.73 x 90.66

5938J maxell AVERY



1シート(シール10枚)50円

- ① 乳歯の形態の特徴についてと齧蝕の好発部位について説明した
- ② 交換期の注意事項と混合歯列弓におけるブラッシングを指導した
- ③ 齧蝕になりにくいおやつとの与え方について説明した
- ④ 歯周疾患の特異性と特徴について説明した
- ⑤ 歯列不正が歯・歯周組織に及ぼす悪影響について指導した
- ⑥ ブラッシングの回数・時間及び歯ブラシ、歯磨剤の選択基準について指導した
- ⑦ 歯周疾患と全身状態との関係を説明、食事等についても指導した
- ⑧ プラークの付着状態の確認と齧蝕、歯周疾患との関係を説明した
- ⑨ 歯間空隙が大きいため、歯間ブラシ・デンタルフロスを使用するよう指導した
- ⑩ 今後も規則正しい生活の励行と療養指導をした



1シート(シール10枚)50円

- ⑪ 義歯の着脱方法について指導した
- ⑫ 年齢的变化による顎堤の吸収並びに唾液の減少について説明した
- ⑬ 義歯製作までの食事(摂取)方法について指導した
- ⑭ 食後・就寝前の義歯・口腔粘膜の清掃を充分に行なうよう指導した
- ⑮ 義歯装着による咀嚼機能・発音機能回復の重要性を説明した
- ⑯ 義歯に不向きな食事を避け、ゆっくり時間を掛けて食べるように指導した
- ⑰ なるべく入れて慣れるよう指導、不具合の場合は直ちに来院するよう指導した
- ⑱ 食後・就寝前に義歯用ブラシによる清掃の励行を指導した
- ⑲ 義歯床並びにクラスプの清掃方法、必要に応じて清掃剤の使用を指導した
- ⑳ 定期的な診査・調整の必要性(顎堤吸収と耐用年数等)を説明した

申し込みに関する説明

A . B . C . D . E . の全てが単位制の申し込みとなっております。

1単位: 20シートにてお申し込みください。

尚、ご注文からお届けまでは約2～3週間を予定、各医保部員によって代金と引き換えにてお渡し致します。

お申し込みは、すべてFAXとさせていただきます。

お申し込み先・お申し込み方法を下記に記しますので、ページ目の用紙をご利用ください。

【申し込み先】

医療保険部事務局 梅本歯科医院 梅本隆司

FAX: 0480-43-6207

-----キリトリ線-----

申し込み書

《単位制(1単位 20シート)にてお申し込み下さい。》

	1単位の価格		
A: 基本検査	1,600円	()単位	金額()円
B: 精密検査	1,600円	()単位	金額()円
C: 衛生実地指導	1,200円	()単位	金額()円
D: P管理・口衛指	1,000円	()単位	金額()円
E: 歯科指・義歯指	1,000円	()単位	金額()円
合計		()単位	総額()円

第____支部 医院名: _____ 歯科医院

TEL: _____ FAX: _____

