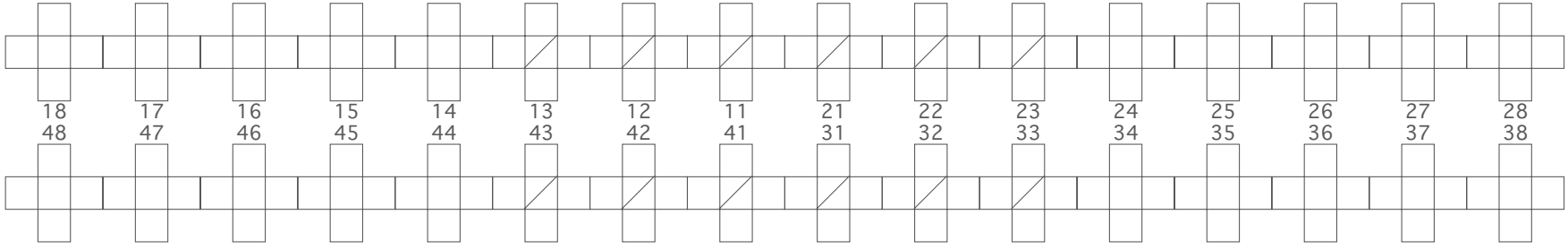
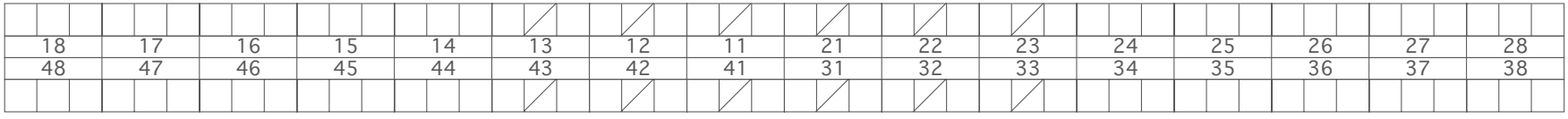
Caries Diagnosis Chart　*Pt.Name*　*Pt.ID*　年　才　学年

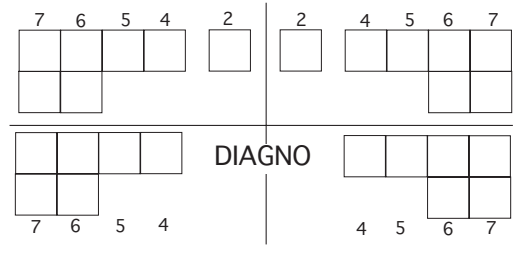
ICDAS　年　月　日　検査 DH　診査 Dr　診査部位に 1 ～ 6 なし □



X-Ray　年　月　日　撮影 Dr　診査 Dr　撮影部位に透過像なし □



年　月　日診査



深い裂溝・中心結節

エナメル形成不全

口腔衛生　生活習慣など　年　月　日診査

1）フッ化物配合歯磨剤の使用　2 回以上 /1 日　1 回 /1 日　1 回未満 /1 日

2）歯みがきの時期　起床時　朝食後　昼食後　夕食後　就寝前　就寝前歯みがき後の飲食 (あり　なし)

3）歯みがき時のうがい回数　2 回以下　3 回以上

4）歯磨剤使用量　適切　不足

5）口腔清掃　現状でよい　一部改善必要　かなり改善必要

6）飲み物　砂糖入り飲み物を（　食間に 1 回以下　食間に 2 回以上　）

(水　お茶　麦茶　砂糖無しコーヒー紅茶　炭酸飲料　100% 果汁ジュース　ジュース　乳酸飲料　缶コーヒー紅茶　砂糖入コーヒー紅茶　スポーツドリンク)

7）菓子類　食間に 1 回以下　食間に 2 回以上

(クッキー　アメ　グミ　ハイチュウ　チョコレート　スナック菓子　和菓子　アイスクリーム　その他　　)

8）1 年以内の充填処置　なし　あり

9）その他特記事項