

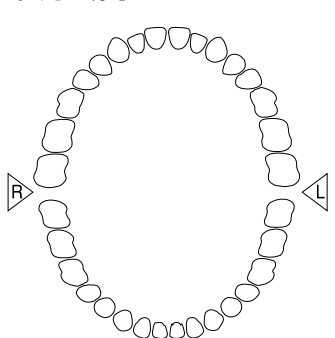
# 歯科衛生士業務記録

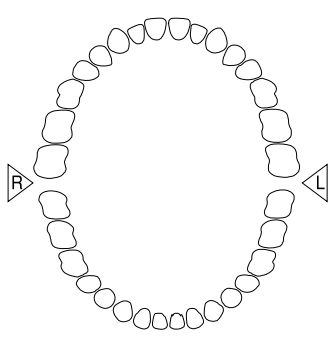
No. \_\_\_\_\_

## アスクルデンタルクリニック

〒000-0000 東京都江東区辰巳0-00-0  
 タツミビル1F  
 TEL 00-0000-0000 FAX 00-0000-0000

ふりがな 患者氏名	様	年	月	日生	才	男・女
--------------	---	---	---	----	---	-----

診察日 年 月 日 ( )	指導実施時刻 AM / PM ~	担当者名	主治医 確認印
口腔内の様子 	口腔内状況		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯石沈着 ( - + + )</li> <li>・ 歯肉発赤 ( - + + )</li> <li>・ 歯肉腫脹 ( - + + )</li> <li>・ 歯肉出血 ( - + + )</li> <li>・ その他</li> </ul>	<div style="border: 5px solid black; padding: 20px; font-size: 48px; font-weight: bold; display: inline-block;">SAMPLE</div>		
次回 診察アポイントメント	次回 確認事項		

診察日 年 月 日 ( )	指導実施時刻 AM / PM ~	担当者名	主治医 確認印
口腔内の様子 	口腔内状況		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 歯石沈着 ( - + + )</li> <li>・ 歯肉発赤 ( - + + )</li> <li>・ 歯肉腫脹 ( - + + )</li> <li>・ 歯肉出血 ( - + + )</li> <li>・ その他</li> </ul>	指導の要点		
次回 診察アポイントメント	次回 確認事項		