

# 【疾患】★歯周病

(注意) :複数選択 :単一選択

CLN15

入力機会

診断日	( )年( )月( )日				経年
診断名	<input type="checkbox"/> 歯肉炎 <input type="checkbox"/> 成人性歯周炎 <div style="margin-left: 200px;"> <input type="radio"/> 限局性  <input type="radio"/> 広汎性  <input type="radio"/> 未入力         </div> <input type="checkbox"/> 侵襲性歯周炎 <div style="margin-left: 200px;"> <input type="radio"/> 限局性  <input type="radio"/> 広汎性  <input type="radio"/> 未入力         </div> <input type="checkbox"/> 薬物性歯肉増殖症 <input type="checkbox"/> その他				診断日毎
現病歴					経年
自覚症状	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力	
歯肉の状態					
炎症症状	<input type="radio"/> 強い <input type="radio"/> 弱い <input type="radio"/> 未入力				
潰瘍	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力	
偽膜	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力	
排膿	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> あり	<input type="radio"/> 不明	<input type="radio"/> 未入力	