

# 歯科健康診断票

検査日 年 月 日

氏名	ふりがな	男女	生年月日	西暦	年	月	日	( 歳)
住所	〒							

[あてはまるところに○をつけ、( ) 内には必要な事項を記入してください]

- 歯みがきは1日何回しますか  
a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上  
b~dを選んだ方は、1回 ( )分  
あたり何分みがきますか
- 歯間ブラシやデンタルフロスを使っていますか  
a. 毎日 b. 時々 c. 使っていない
- 過去1年間に歯科健診を受診しましたか  
a. はい b. いいえ
- 年1回は歯石を歯科医療機関で除去していますか  
a. はい b. いいえ
- たばこを吸ったことがありますか  
a. 現在吸っている b. 吸っていたことがある c. 吸ったことがない
- かかりつけの歯科医療機関はありますか  
a. はい b. いいえ
- 全身の状態であてはまるものはどれですか  
a. 糖尿病 b. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞  
c. 関節リウマチ d. 内臓型肥満  
e. 妊娠 f. その他 ( )

現在歯・喪失歯の状況 (喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
右															左
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1.健全歯数 (ノ)		2.未処置歯数 (C)		3.処置歯数 (O)		4.現在歯数 (1+2+3)		5.要補綴歯数 (△)		6.欠損補綴歯数 (◎)					

## 口腔清掃状態

- 良好
- 普通
- 不良

### 歯石の付着

- なし
- 軽度(点状)あり
- 中等度(帯状)以上あり

## その他の所見

- なし
- 歯列・咬合
- 顎関節
- 粘膜

4. その他

## 歯肉の状況

	17または16	11	26または27
BOP			
PD			
BOP			
PD			
	47または46	31	36または37

個人コード(最大値) 歯肉出血  
歯周ポケット

### [歯肉出血BOP]

- 0: 健全  
1: 出血あり  
9: 除外歯  
X: 該当歯なし

### [歯周ポケットPD]

- 0: 健全  
1: 浅いポケット(4mm~5mm)  
2: 深いポケット(6mm以上)  
9: 除外歯  
X: 該当歯なし

## 判定区分

### 1. 異常なし

- CPI: 歯肉出血0 かつ 歯周ポケット0
- 未処置歯・要補綴歯・その他の所見がない

### 2. 要指導

- CPI: 歯肉出血1、かつ、歯周ポケット0
- 口腔清掃状態不良
- 歯石の付着あり(軽度、中等度以上)
- 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する

### 3. 要精密検査

- CPI: 歯周ポケット1
- CPI: 歯周ポケット2
- 未処置歯あり
- 要補綴歯あり
- 生活習慣や基礎疾患等さらに詳しい検査や治療が必要です
- その他の所見あり

## 特記事項・指導事項

## 市町への連絡事項 (歯科医療機関にて実施の場合)

- 健診した歯科医療機関にて指導予定
- 健診した歯科医療機関にて治療予定
- 他の歯科医療機関を紹介(紹介先 )
- 未定

自己負担金  有  無 ( )

医療機関コード

医療機関名または診査者氏名

電話

# 歯科健康診断票

検査日 年 月 日

氏名	ふりがな	男女	生年月日	西暦	年	月	日 ( 歳)
住所	〒						

[あてはまるところに○をつけ、( ) 内には必要な事項を記入してください]

- 歯みがきは1日何回しますか  
a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上  
b~dを選んだ方は、1回 ( ) 分  
あたり何分みがきますか
- 歯間ブラシやデンタルフロスを使っていますか  
a. 毎日 b. 時々 c. 使っていない
- 過去1年間に歯科健診を受診しましたか  
a. はい b. いいえ
- 年1回は歯石を歯科医療機関で除去していますか  
a. はい b. いいえ
- たばこを吸ったことがありますか  
a. 現在吸っている b. 吸っていたことがある c. 吸ったことがない
- かかりつけの歯科医療機関はありますか  
a. はい b. いいえ
- 全身の状態であてはまるものはどれですか  
a. 糖尿病 b. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞  
c. 関節リウマチ d. 内臓型肥満  
e. 妊娠 f. その他 ( )

現在歯・喪失歯の状況 (喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
右															左
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1.健全 歯数 (/)		2.未処置 歯数 (C)		3.処置 歯数 (O)		4.現在 歯数 (1+2+3)		5.要補綴 歯数 (△)		6.欠損補綴 歯数 (◎)					

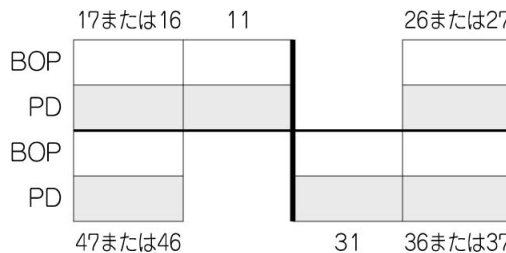
口腔清掃状態

- 良好
- 普通
- 不良

歯石の付着

- なし
- 軽度(点状)あり
- 中等度(帯状)以上あり

歯肉の状況



[歯肉出血BOP]

- 健全
- 出血あり
- 除外歯
- X: 該当歯なし

その他の所見

- なし
- 歯列・咬合
- 顎関節
- 粘膜

4. その他

[歯周ポケットPD]

- 健全
- 浅いポケット(4mm~5mm)
- 深いポケット(6mm以上)
- 除外歯
- X: 該当歯なし

 個人コード(最大値) 歯肉出血  
歯周ポケット

判定区分

1. 異常なし

- CPI: 歯肉出血0  
かつ  
歯周ポケット0
- 未処置歯・要補綴歯・  
その他の所見がない

2. 要指導

- CPI: 歯肉出血1、かつ、歯周ポケット0
- 口腔清掃状態不良
- 歯石の付着あり(軽度、中等度以上)
- 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の  
受診状況等、指導を要する

3. 要精密検査

- CPI: 歯周ポケット1
- CPI: 歯周ポケット2
- 未処置歯あり
- 要補綴歯あり
- 生活習慣や基礎疾患等  
さらに詳しい検査や治療  
が必要です
- その他の所見あり

特記事項・指導事項

市町への連絡事項(歯科医療機関にて実施の場合)

- 健診した歯科医療機関にて指導予定
- 健診した歯科医療機関にて治療予定
- 他の歯科医療機関を紹介(紹介先 )
- 未定

 自己負担金  有  無 ( )

医療機関コード

医療機関名または診査者氏名

電話

# 歯科健康診断票

検査日 年 月 日

様

永久歯は「親知らず」まですべてはえると32本です。

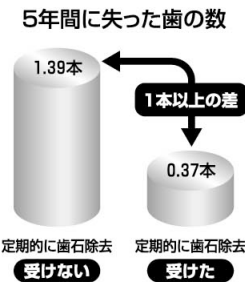
生涯にわたって自分の歯で食べることができるように、20本以上の歯を保つことを目標にしましょう。

歯が少なくなっているかたも、今ある歯を大切に保つように努めましょう。

歯周病は、歯を失う一番の原因であり、糖尿病、心臓病（狭心症・心筋梗塞等）、脳梗塞、関節リウマチ、内蔵型肥満、早産・低体重児出産、肺炎等、全身の健康に悪影響を与えることも分かっています。

今回の歯科健診を機会に、かかりつけの歯科医療機関をもち、年1回はチェックを受けましょう。

成人を対象とした歯周病予防の調査によると、定期的に歯石除去を受けると、受けなかった場合に比べ、5年間で1本以上の歯の喪失防止につながる事が判っています。最低でも年1回は歯石を取りましょう。



**歯の状況** ( / : 健康な歯 C : 要治療のむし歯 O : 治療済の歯 △ : 入れ歯などが必要な歯 ⊙ : 入れ歯などになっている歯 )

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
健康な歯の数		要治療のむし歯の数		治療済の歯の数		あなたの歯の数の合計		入れ歯などが必要な歯の数		入れ歯などになっている歯の数							

<p><b>口腔清掃状態</b></p> <p>1. 良好 2. 普通 3. 不良</p>	<p><b>歯石の付着</b></p> <p>1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり</p>	<p><b>(備考)</b></p>
<p><b>その他の所見</b></p> <p>0. なし      4. その他</p> <p>1. 歯列・咬合</p> <p>2. 顎関節</p> <p>3. 粘膜</p>		

**〔判定区分〕**

<input type="checkbox"/> お口の中は良好な状態です。 良い状態です。丁寧な歯みがきを続け、定期検診を心がけてください。	<input type="checkbox"/> 歯周病を疑う所見があります。 <input type="checkbox"/> 歯肉に軽い炎症があります。 <input type="checkbox"/> 歯みがき方法について指導を受けましょう。 <input type="checkbox"/> 歯石を取りに歯科医療機関を受診しましょう。 <input type="checkbox"/> 歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連があります。その関連性についての説明を受けましょう。	<input type="checkbox"/> さらに詳しい検査や治療が必要な状態です。 <input type="checkbox"/> 浅い歯周ポケットが認められました。 <input type="checkbox"/> 深い歯周ポケットが認められました。 <input type="checkbox"/> むし歯があります。 <input type="checkbox"/> 歯が抜けたままになっています。	<input type="checkbox"/> 生活習慣や基礎疾患等、さらに詳しい検査や治療が必要です。 <input type="checkbox"/> その他の所見があります。(その他の所見欄をご参考ください。)
--	---	---	--

<p><b>特記事項・指導事項</b></p>	<p>健診結果は、国や地方公共団体が、結果を集計するなどして今後の皆様の歯と口腔の健康づくりに役立たせていただくことがありますのでご了承ください。                  なお、健診結果は統計的に処理しますので、個人の結果が公表されることはありません。また、健診結果は、厳重に管理し、上記目的以外には使用しません。</p>
<p>自己負担金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )</p>	

医療機関コード	医療機関名または診査者氏名	電話