中国地区歯

受診券を見て転記

# 歯科健康診査票

実施日　令和　　年　　月　　日

| コード | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | フリガナ | 性別 | 1. 男性　2. 女性 | 年齢 | 歳（S・H　　年　　月　　日 生まれ） |
| | | 職業等 | 1. 会社員　2. 自営業者　3. 学生　4. 無職　5. | | |
| 住所 | 電話番号（　　） | | | | |

太枠内は受診者に記入してもらう。記入漏れに注意。

健診所要時間:(　　)分　　実施体制:　① 歯科医師(　　)人　② 歯科衛生士(　　)人　③ 左記以外(　　)人

## (Ⅰ) 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）

| 上顎(右) | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 上顎(左) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 下顎 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 下顎 |

| | 歯の状況 | 歯数 | | 歯の状況 | 歯数 |
|---|---|---|---|---|---|
| ① | 健全歯（／） | | ⑥ | 処置歯（○） | |
| ② | 未処置歯（C,R,RC） | | ⑦ | 現在歯数（①+②+⑥） | |
| ③ | 未処置歯（C のみ） | | ⑧ | DMF指数（②+④+⑥） | |
| ④ | 喪失歯（△,⊿） | | (Ⅱ) 要補綴歯(△)の有無 | | |
| ⑤ | 喪失歯（△ のみ） | | | 1. なし　2. あり | |

【記入にあたり用いる符号】
健全歯　：／
未処置歯　：C　（歯冠部のう蝕）
：R　（根面部のう蝕）
：RC（根面部のう蝕＋歯冠部のう蝕）
喪失歯　：△　（要補綴歯）
：⊿　（義歯、ポンティック、インプラント）
処置歯　：○　（充填歯、クラウン、ブリッジ支台）

（注）先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

## (Ⅲ) 歯肉の状況

※ 前歯部が欠損している場合は、11→21、31→41を検査対象とする。

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

個人コード(最大値)　① 歯肉出血　② 歯周ポケット

BOP列の最大値

PD列の最大値

[歯肉出血BOP]
0: 健全
1: 出血あり
9: 除外歯
10: 該当歯なし

[歯周ポケットPD]
未満
m未満
上
10: 該当歯なし

③ 歯石の付着状況　1. なし　2. 軽度(点状)あり　3. 中等度(帯状)以上

| | |
|---|---|
| (Ⅳ) 歯列・咬合の状況 | 1. 所見なし　2. 所見あり |
| (Ⅴ) 顎関節の症状 | 1. 所見なし　2. 所見あり |
| (Ⅵ) 口腔粘膜 | |
| ① 粘膜の色 | 1. 所見なし　2. 所見あり |
| ② 粘膜の形状 | 1. 所見なし　2. 所見あり |
| (Ⅶ) 口腔衛生状態 | 1. 良好　2. 普通　3. 不良 |

いずれか一つに○

その他の所見

## 判定区分

※正確に記入してください

| いずれかに ○ | 1. 異常なし | 2. 要指導 | 3. 要精密検査 | |
|---|---|---|---|---|
| 2.要指導 と 3.要精密検査 については、あてはまるものすべてに ○ | CPI 歯肉出血0(なし)<br>かつ歯周ポケット0(なし) | a. CPI 歯肉出血1(あり)<br>かつ歯周ポケット0(なし)<br>口腔清掃状態不良<br>生活習慣や基礎疾患(糖尿病を除く)、歯科医療機関の受診状況等、指導を要する | a. 歯石の付着あり<br>b. CPI 歯周ポケット1<br>c. CPI 歯周ポケット2<br>d. 未処置歯あり<br>e. 要補綴歯あり | f. 糖尿病の治療を行っている（又は糖尿病の指摘を受けたことがある等）<br>g. 習慣的に喫煙している<br>h. 生活習慣や基礎疾患等、さらに詳しい検査や治療を要する<br>i. その他の所見あり（更に詳しい検査や治療が必要な場合） |

1　異常なし
2　要指導
3　要精密検査
のいずれかに○

a～iは複数○があっても可

[指導内容・目標]

医療機関名

| 医療機関コード | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |

健診後の予定
1. 健診した歯科医療機関にて 指導予定
2. 健診した歯科医療機関にて 精密検査・治療予定
3. 他の医療機関(歯科)を紹介（紹介先:　　）
4. 他の医療機関(医科)を紹介（紹介先:　　）
5. 未定

# 歯科健康診査問診票

問診票は受診者に記入していただく。記入漏れがないように注意。

[ 当てはまる 番号に○ をつけ、(　)内には必要な事項を記入してください ]

## 1. 歯や口の中の状況等について

Q. 1　現在、ご自分の歯や口、あごの状態で気になることはありますか。

1. ない　2. ある → ① それは何ですか。（下記1～10より当てはまるものすべてに○）
1. 歯の状態・痛み　2. 外観・見た目　3. 発音　4. 口臭
5. 歯ぐきの状態・痛み → [ ② 1. 痛み　2. 歯みがき時の出血　3. はれてブヨブヨする　4. 歯ぐきが下がっている　5. 歯がグラグラする ]
6. かみ具合　7. 口の渇き　8. 顎の痛み　9. 歯ぎしりや食いしばりなどの習慣
10. その他(　　)

| | | |
|---|---|---|
| Q. 2 | 自分は歯周病だと思いますか。 | 1. 思わない　2. 思う |
| Q. 3 | 食事中に、かむ時の状態はどれにあてはまりますか。 | 1. 何でもかんで食べることができる<br>2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある<br>3. ほとんどかめない |
| Q. 4 | 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。 | 1. しみない　2. 時々しみる　3. いつもしみる |
| Q. 5 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 | 1. いいえ　2. はい |
| Q. 6 | お茶や汁物等でむせることがありますか。 | 1. いいえ　2. はい |

## 2. 日頃の生活習慣等について

| | | |
|---|---|---|
| Q. 7 | 歯をみがく頻度はどのくらいですか。 | 毎日みがく（1. 1回　2. 2回　3. 3回以上）<br>4. ときどきみがく　5. みがかない |
| Q. 8 | Q.7 で「5. みがかない」以外を選んだ人は、いつ歯をみがきますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。 | 1. 朝食後　2. 昼食後　3. 夕食後　4. 夜寝る前　5. その他 |
| Q. 9 | 歯間ブラシまたはフロスを使ってますか。 | 1. 毎日　2. 時々　3. いいえ |
| Q. 10 | ゆっくりよくかんで食事をしますか。 | 1. 毎日　2. 時々　3. いいえ |
| Q. 11 | たばこを吸っていますか。 | 1. 吸っていない　2. 吸っている　3. 以前は吸っていたがやめた |

## 3. 歯科の健(検)診や治療の状況等について

| | | |
|---|---|---|
| Q. 12 | 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。 | 1. 半年以内　2. 1年以内　3. 1年以上行っていない |
| ↓ Q.12 にて 3.以外の方 | ① どのような目的で歯科医院に行きましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。 | 1. 治療　2. 歯科健(検)診<br>3. 予防(フッ化物塗布、歯の清掃など)　4. その他 |
| | ② その際「歯周病治療の必要性」を指摘されましたか。 | 1. 指摘されなかった　2. 指摘された |
| Q. 13 | かかりつけの歯科医院がありますか。 | 1. はい　2. いいえ |
| Q. 14 | ご自分の歯は何本ありますか。<br>処置歯(かぶせ・詰め物)は含みます。親知らずや欠損を補った部位(入れ歯・ブリッジ・インプラント)は含みません。 | 1. 20 本以上　2. 19 本以下　3. わからない |

## 4. その他

| | | |
|---|---|---|
| Q. 15 | 次の病気について、指摘されたことがありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。 | 1. ない　2. 糖尿病　3. 関節リウマチ　4. 脳梗塞(脳卒中)<br>5. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症　6. 呼吸器疾患　7. その他 |
| Q. 16 | 【女性の方にお伺いします。】<br>現在、妊娠していますか。(もしくはその可能性) | 1. はい　2. いいえ |
| Q. 17 | 普段の会話で、言葉をはっきりと発音できないことがありますか。 | 1. はい　2. いいえ |