

歯科健康診断票

検査日 年 月 日

氏名	ふりがな	生年月日	西 暦	年	月	日 (歳)
			男 女			

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]

- | | |
|--|--|
| <p>1. 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回あたり何分みがきますか ()分</p> <p>2. 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</p> <p>3. 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</p> <p>4. 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</p> | <p>5. 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</p> <p>6. 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</p> <p>7. 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
a. 関節リウマチ b. 内蔵型肥満
a. 妊娠 b. その他()</p> |
|--|--|

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)

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
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>口腔清掃状態</p> <p>1. 良好 2. 普通 3. 不良</p>	<p>歯石の付着</p> <p>1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり</p>
---	---

<p>(備考)</p> <p>その他の所見</p> <p>0. なし 1. 歯列・咬合 2. 顎関節 3. 粘膜 4. その他</p>
--

<p>[判定区分]</p> <p>[] 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。</p>	<p>[] 歯周病を疑う所見があります。 [] 歯肉に軽い炎症があります。 [] 歯みがき方法について指導を受けましょう。 [] 歯石を取りに歯科医療機関を受診しましょう。 [] 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。</p>	<p>[] さらに詳しい検査や治療が必要な状態です。 [] 浅い歯周ポケットが認められました。 [] 深い歯周ポケットが認められました。 [] むし歯があります。 [] 歯が抜けたままになっています</p>	<p>[] 生活習慣病や基礎疾患等、さらに詳しい検査や治療が必要です。 [] その他の所見があります。(その他の所見欄をご参考ください。)</p>
--	---	--	---

<p>特記事項・指導事項</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</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 ()</p>
--

<p>医療機関コード</p>	<p>医療機関名または診査者氏名</p>	<p>電話</p>
----------------	----------------------	-----------