

〒 _____
 住所 _____
 氏名 _____

性別	
生年月日	
世帯員コード	
電話番号	

検診年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---

※太ワク内は必ずご記入ください。
 ※この検診票は、平成29年12月22日まで有効

この検診票を名簿の歯科医療機関へお持ちください

受診者記入欄

[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回あたり何分みがきますか
 ()分

○歯間ブラシまたはフロスを使っていますか
 a. 毎日 b. 週1回以上 c. 月1~3回 d. 使っていない

○過去1年間に歯科検診を受診しましたか
 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 ()本/日で ()歳から ()年間
 b. 昔吸っていた ()本/日で ()歳から ()歳の ()年間
 c. 吸ったことがない

○全身の状態であてはまるものはどれですか
 a. 糖尿病 b. 関節リウマチ
 c. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 d. 妊娠
 e. 内臓型肥満 f. その他 ()

○自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください

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)
 (欠損補綴の名称と範囲を歯列の欄外に記入 FD PD Br インプラント等)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

1. 健全歯数 (✓) 本	2. 未処置歯数 (C) 本	3. 処置歯数 (○) 本
4. 現在歯数 (1+2+3) 本	5. 要補綴歯数 (△) 本	6. 欠損補綴歯数 (⊙) 本

歯肉の状況

BOP: 17または16, 11, 26または27, 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
 2: 深いポケット
 9: 除外歯
 X: 該当歯なし

口腔清掃状態
 1. 良好
 2. 普通
 3. 不良

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

その他の所見
 1. 所見なし
 2. 所見あり
 ・歯列咬合
 ・顎関節
 ・粘膜
 ・その他 []

判定区分

1 異常なし CPI: 歯肉出血0、かつ歯周ポケット0	2 要指導 a CPI: 歯肉出血1、かつ歯周ポケット0 b 口腔清掃状態不良 c 歯石の付着あり(軽度、中等度以上) d 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 e その他 []	3 要精密検査 a CPI: 歯周ポケット1 b CPI: 歯周ポケット2 c 未処置歯あり d 要補綴歯あり e 生活習慣や全身の病気等の検査や治療を要する f その他 []
--------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

指導内容・目標(該当するところに○印) ※ 1日1回以上は、時間をかけて歯をみがきましょう ※ 歯間ブラシやフロスを使いましょう ※ 定期的に歯科検診を受けましょう ※ その他()	検査者(医療機関)名 _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

[長岡市への連絡事項] (該当するところに○印) 1 検査した医療機関にて指導予定 2 検査した医療機関にて治療・経過観察予定 3 他医療機関(歯科)を紹介 (紹介先:) 4 他医療機関(医科)を紹介 (紹介先:)	検査後の結果記入 (年 月 日現在) 1 異常認めず 2 歯周病 3 歯周病以外 4 未受診 (月以降治療予定)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

医療機関記入欄