

中城村歯周疾患検診受診票

検診日 年 月 日

住 所					
ふりがな	生年月日	年 月 日	性 別	男・女	
氏 名	電 話 番 号				

1 歯科問診 [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]

- 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
- 2 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
- 3 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
- 4 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
- 5 全身の状態で当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. 肥満 e. その他() f. 特にない
- 6 自分の歯や口の状態について気になることがありますか
a. 特にない b. 歯が痛む・しみる c. 歯茎が腫れる d. 食べ物が歯間にはさまる
e. 歯や歯並びの外観 f. その他()

2 口腔内診察

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(⊙)
-----------	------------	-----------	---------------	------------	-------------

歯肉の状況

	17又は16	11	26又は27	
BOP				個人コード(最大値)
PD				
右				
BOP				
PD				歯肉出血
	47又は46	31	36又は37	歯周ポケット

口腔清掃状態	良好	普通	不良
その他の所見	なし	あり	
歯(楔状欠損等)・歯列咬合・顎関節・粘膜			
3 判定	異常なし	要指導	要精検

- [市町村への連絡事項]
1. 検診した医療機関にて指導予定
 2. 検診した医療機関にて精検・治療等予定→精検結果(異常認めず・歯周病であった者・歯周病以外であった者)
 3. 他医療機関(歯科・医科)を紹介

- 【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

※検診結果は中城村に提出されます。健康管理に関すること以外の目的には使用しません。 歯科診療機関名

医師名