

## 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		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(0)	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					
PD					
右					
BOP					
PD					
	47又は46		31	36又は37	

個人コード(最大値)

歯肉出血
歯周ポケット

<u>口腔清掃状態</u>	良好	普通	不良
<u>その他の所見</u>	なし	あり	
歯(楔状欠損等)・歯列咬合・顎関節・粘膜			
<b>3 判定</b>	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

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>【歯肉出血BOP】</b></p> <p>0: 健全<br/>1: 出血あり<br/>9: 除外歯<br/>X: 該当歯なし</p> | <p><b>【歯周ポケットPD】</b></p> <p>0: 健全<br/>1: 浅いポケット<br/>2: 深いポケット<br/>9: 除外歯<br/>X: 該当歯なし</p> |
|--|---|

※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