

中城村歯周疾患検診受診票

検診日 年 月 日

住 所

ふ り が な

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

電 話 番 号

性 別

男・女

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

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

左

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

【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 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

※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