

# 歯科健康診断票

健診日 年 月 日

※受診者記入欄(太枠内)

氏名		住所	〒			
会社名						
保険者 ( )健康保険組合	連絡先					
	生年月日	年 月 日	性別	男・女		

当てはまる箇所にチェックを付けてください。

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 歯が痛んだりしめたりする                                       | <input type="checkbox"/> 口臭が気になる          | <input type="checkbox"/> つめもの、かぶせものがとれた |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る  | <input type="checkbox"/> 歯こう・歯石が気になる      | <input type="checkbox"/> 感染症にかかっている     |
| <input type="checkbox"/> 食べ物が良くかめない   | <input type="checkbox"/> ここ1年間歯科医院へ行っていない | ・B型肝炎 ・C型肝炎 ・その他( )                     |
| <input type="checkbox"/> 食べ物がすき間にはさまる                                       | <input type="checkbox"/> その他[ ]           |   |
| <input type="checkbox"/> ご自分の歯は何本ありますか(かぶせた歯(金歯・銀歯)さし歯、根っこだけ残っている状態も含む ( )本 |   |   |
| <input type="checkbox"/> 現在次のいずれかの病気で治療を受けていますか 1.糖尿病 2.脳卒中 3.心臓病           |   |   |

〔現在歯・喪失歯の状況〕 (※A~E ⇒ 小児)

8	7	6	5	E4	D3	C2	B1	A	A	1B	2C	3D	4E	5	6	7	8
右																	左
8	7	6	5	E4	D3	C2	B1	A	A	1B	2C	3D	4E	5	6	7	8

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| ・健全歯 ( / - : 健全な歯)                      | ・未処置歯 (C1~C4: 未処置の虫歯)          |
| ・処置歯 (O: 治療済みの歯)                        | ・二次う蝕 (C": 治療した歯が再び虫歯になっている部位) |
| ・欠損補綴歯 (⊙: 歯が失われ、義歯等が施されている部位)          | ・要補綴歯 (△: 歯が失われ、義歯等が必要な部位)     |
| ・要観察歯 (CO: 虫歯とは判定できないが、虫歯の初期の症状が疑われる部位) |                                |

〔歯肉の状況(目視)〕 (※A~E ⇒ 小児)

8	7	6	5	E4	D3	C2	B1	A	A	1B	2C	3D	4E	5	6	7	8
右																	左
8	7	6	5	E4	D3	C2	B1	A	A	1B	2C	3D	4E	5	6	7	8

- |         |                  |          |              |         |
|---------|------------------|----------|--------------|---------|
| 0: 健全歯肉 | 1: 歯こう(プラーク)歯石沈着 | 2: 歯肉のはれ | 3: 重度歯周疾患の所見 | 4: 保存不可 |
|---------|------------------|----------|--------------|---------|

〔口腔清掃状況〕

- |                             |   |                             |   |                             |  |
|-----------------------------|---|-----------------------------|---|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 良好 | 大変良い状態です。今後も正しいブラッシングや定期的な健診を通じて、現在の清潔な状態を保ちましょう。 | <input type="checkbox"/> 注意 | 注意が必要です。磨き残り、歯垢が見られます。正しいブラッシング方法を身につけましょう。 | <input type="checkbox"/> 不良 | 口腔内の改善が必要です。歯石除去や、ブラッシング指導を受けられることをお勧めいたします。 |
|-----------------------------|---|-----------------------------|---|-----------------------------|--|

〔診断結果〕

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> お口の中は良好な状態です。<br>今後も正しいブラッシングを習慣づけ、定期的な健診で口腔内を清潔に保ちましょう。 | <input type="checkbox"/> 歯こう・歯石が溜まっています。<br>歯こう・歯石は、虫歯・歯周病菌などのすみかです。早々に取り除き、口腔内を清潔にしましょう。 |
| <input type="checkbox"/> 歯の治療が必要です。<br>疾患がみられます。早めの治療をおすすめします。                    | <input type="checkbox"/> 歯肉が少しはれています。<br>歯のみがき方や、歯の専門的な清掃について相談してみましょう。                   |
| <input type="checkbox"/> 詳しい検査が必要です。(二次健診)<br>レントゲン等により、詳しい検査を行うことをお勧めします。        | <input type="checkbox"/> 歯周病の治療が必要です。<br>早期治療と普段の予防が大切です。早めに歯科医師に相談しましょう。                 |

受診勧奨【歯科医院での二次健診や治療をお勧めします。】

〔その他の所見、医院からのアドバイス(なし・あり)〕

歯(楔状欠損等)・不正咬合・顎関節・頬粘膜・舌 その他特記事項、アドバイス

担当医院名

歯科健診センター  
www.ee-kenshin.com  
center@ee-kenshin.com