

桂川町歯周病検診票

(太枠の中をご記入ください)

検診日 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女 生(歳)	住所	電話番号
	年 月 日			

(あてはまるところに○をつけ、()内に必要な事項を記入してください)

- | | |
|---|--|
| <p>1 歯磨きは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</p> <p>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. 使ってない</p> <p>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
※aの方、どんな理由で受診しましたか
1) 定期的に受けているから
2) 歯科治療のため
3) 職場等で受ける機会があったから
4) その他()</p> <p>4 かかりつけ歯科がありますか
a. はい b. いいえ</p> | <p>5 現在、治療中の病気がありますか？
a. はい b. いいえ
a. はい→(治療中の病気名：)</p> <p>6 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</p> <p>7 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。
()</p> |
|---|--|

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(✓)		2未処置歯(C)		3処置歯(O)		4現在歯数(1+2+3)		5要補綴歯数(△)		6欠損補綴歯数(△)					

歯周状況	(B. 義歯、インプラント)

歯肉の状況

	17又は16	11	26または27	
歯肉出血				歯肉出血
歯周ポケット				歯周ポケット
歯肉出血				歯肉出血
歯周ポケット				歯周ポケット
	47または46	31	36または37	

〔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〕
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
歯列咬合・顎関節・粘膜
その他 ()

検査者(医療機関)名

判定区分(記載漏れないよう記入をお願いします。)

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1. 異常なし
・CPI：歯肉出血0
かつ歯周ポケット0</p> | <p>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(○をつける)
(軽度・中等度以上あり)
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</p> | <p>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. 生活習慣や基礎疾患等さらに詳しい検査や治療を要する
f. その他の所見あり
(さらにくわしい検査が必要な場合)</p> |
|---|--|--|

桂川町への連絡事項

- | | | | |
|---------------|-------------------|---------------|------|
| 1 当院にて指導済 | 2 当院にて経過観察・定期健診予定 | 3 当院にて精検・治療予定 | 4 未定 |
| 5 他医療機関を紹介() | | 6 その他() | |

