

歯科健康診査票

診療所名		甲種組合員名		健診実施日	令和 年 月 日
------	--	--------	--	-------	-------------

<歯科健診を受けた乙2種組合員>

※令和4年4月1日時点において、当組合に加入している満40歳の乙2種組合員（ただし、健診日に当組合に加入している者）

被保険者 記号・番号		(フリガナ) 氏名		性別	男・女
---------------	--	--------------	--	----	-----

* 下記の問いにお答えください。

- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 1) 歯がぐらついたり、歯肉から血や膿が出ることがありますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 2) 喫煙の習慣はありますか（喫煙経験も含みます） | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 3) 最近1年以内に歯科健診・歯科治療を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 4) 全身の状態ではまるものがありますか（該当するものに○） | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
- ①糖尿病 ②関節リウマチ ③狭心症、心筋梗塞、脳梗塞 ④内蔵型肥満 ⑤その他（ ）
- 5) 歯や口の状態で、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
()

?歯と歯周組織の状態

17or16				11				26or27									
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>BOP</td><td>PD</td></tr></table>				BOP	PD	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>BOP</td><td>PD</td></tr></table>				BOP	PD	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>BOP</td><td>PD</td></tr></table>				BOP	PD
BOP	PD																
BOP	PD																
BOP	PD																
右上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左上
右下	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	左下
47or46				31				36or37									
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>BOP</td><td>PD</td></tr></table>				BOP	PD	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>BOP</td><td>PD</td></tr></table>				BOP	PD	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td>BOP</td><td>PD</td></tr></table>				BOP	PD
BOP	PD																
BOP	PD																
BOP	PD																

①健全歯 (/)	②未処置歯 (C)	③処置歯 (O)	現在歯 (①+②+③)	欠損補綴歯 (△)	欠損歯 (△)
本	本	本	本	本	本

CPI個人コード	
歯肉出血 BOP	歯周ポケット PD

最大値

- | | | | | | | |
|---------|--------------------------|----|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------|
| ?口腔清掃状態 | <input type="checkbox"/> | 良好 | <input type="checkbox"/> | ふつう | <input type="checkbox"/> | 不良 |
| ?歯石の付着 | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | 軽度（縁上）あり | <input type="checkbox"/> | 中等度（縁下）あり |
| ?その他の所見 | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | あり → 歯列咬合 | <input type="checkbox"/> | 顎関節 粘膜 その他（ ） |

【判定】

<input type="checkbox"/> 現在良好です。 CPI: BOP 0 and PD 0 これからも丁寧な歯磨きを続け、定期健診を心掛けてください。	歯の状態 / 健全歯 C 未処置歯 E 酸蝕症（疑い） O 処置歯 △ 欠損歯 △ 欠損補綴歯 × 喪失歯（補綴処置不要歯） 歯肉出血 0 : 出血なし 1 : 出血あり BOP 9 : 測定不能（根尖露出） × : 対象の歯がない 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 : 測定不能（根尖露出）
<input type="checkbox"/> 軽い歯肉の炎症や、清掃不十分な部位があります。 <input type="checkbox"/> a. 歯肉に軽い炎症があります。 CPI: BOP 1 and PD 0 <input type="checkbox"/> b. 歯磨き方法について指導を受けましょう。 <input type="checkbox"/> c. 歯周病の原因である歯石の付着があります。 <input type="checkbox"/> d. 生活習慣等についての歯科的指導を受けましょう。	
<input type="checkbox"/> 更に詳しい検査や治療が必要な状態です。 <input type="checkbox"/> a. 歯周病の疑いがあります。 CPI: PD 1 or 2 <input type="checkbox"/> b. むし歯があります。 <input type="checkbox"/> c. 歯の抜けた部分の処置が必要です。 <input type="checkbox"/> d. 基礎疾患等について歯科的指導や検査を受けましょう。 <input type="checkbox"/> e. その他の所見あり（更に詳しい検査や治療が必要です）	

- ◎国保組合は歯科健康診査票の管理について、個人情報保護法などの関連法令を遵守し、適切に取り扱います。
- ◎歯科健康診査票は受診者にお渡しください。
- ◎歯科健康診査票のコピーを歯科健診助成費支給申請書に添付してください。