# 熊本市節目年齢歯科健診票　【令和６年度以降】

| あなたの受診番号 | | 健診日 | 20　年　月　日 |
|---|---|---|---|

| 氏名 | ふりがな | 生年月日 | 年　月　日　満　歳 | 1. 生活保護<br>2. 非課税 |
|---|---|---|---|---|
| 住所 | 〒<br>熊本市 | 電話番号 | （　　） | |

［レ点または数字でお答えください］

**1．歯みがきは1日に何回しますか**

□ 0回　□ 1回　□ 2回　□ 3回以上

**2. 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか**

□ 毎日　□ 週1回以上　□ 月１～３回

□ 使っていない

**3. 過去１年間に歯科健診（検診）を受けましたか**

□ はい　□ いいえ

**4. 食事は噛めていますか**

□ 何でも噛める　□ 噛めないものがある　□ 噛めない

**5. お茶や汁物等でむせることがありますか**

□ はい　□ いいえ

**6. たばこを吸ったことがありますか**

□ 吸っている　□□ 歳から　□□ 本/日

□ 昔吸っていた　□□ 歳まで　□□ 年間

□ 吸ったことがない

**7. 全身の状態であてはまるものはどれですか**

□ 糖尿病　□ 関節リウマチ　□ 内臓型肥満

□ 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞　□ 妊娠

□ 高血圧　□ その他

**8. 自分の歯や口について気になることはありますか**

（　　）

**現在歯・喪失歯の状況**　　医療機関の方へ　：　下枠内の数字で記入してください

| | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 右 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 左 |
| | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |

| 0. 健全歯数 | 1. 処置歯数 | 2. 未処置歯数 | 現在歯数 | 3. 欠損補綴歯数 | 4. 要補綴歯数 | 5. 補綴不要欠損歯数 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**口腔清掃状態（CPI対象歯）**

□ 良好（歯垢がほとんど認められない）　□ 普通

□ 不良（1歯以上の歯肉縁部に歯面の1/3を超えて歯垢が認められる）

**歯石の付着（CPI対象歯）**

□ なし　□ 軽度（点状）あり　□ 中等度（帯状以上）あり

**その他の所見**

□ 楔状欠損　□ 歯列咬合不正　□ 顎関節　□ 義歯不適合

□ 粘膜　□ その他（　　）

□ 未処置根面う蝕あり

**判定**　□ 異常なし　□ 要指導　□ 要精密検査

**歯肉の状況（CPI対象歯）**

| | 7または6 | 1 | 6または7 |
|---|---|---|---|
| 歯肉出血（BOP） | □ | □ | □ |
| 歯周ﾎﾟｹｯﾄ(PD) | □ | □ | □ |
| 歯肉出血（BOP） | □ | □ | □ |
| 歯周ﾎﾟｹｯﾄ(PD) | □ | □ | □ |

**最大値**

| | 1 | 6または7 |
|---|---|---|
| 歯肉出血 | □ | |
| 歯周ﾎﾟｹｯﾄ | | □ |

**［熊本市への連絡事項（健診後の予定）］**

□ 定期健診について受診勧奨

□ 当医療機関にて継続予定

□ 他医療機関（歯科）を紹介（　　）

□ 他医療機関（医科）を紹介（　　）

**歯科医療機関名**

医療機関コード　43□□□□□□□

所在地

名称

電話番号

歯科医師名