

【令和7年度】

あなたの受診番号										健診日										2		0				年				月				日																																																																																																																																																			
氏名		ふりがな										生年月日		年		月		日		満		歳		1. 生活保護 2. 非課税																																																																																																																																																													
住所		〒 熊本市										電話番号		()																																																																																																																																																																							
1. 歯みがきは1日に何回しますか																										6. たばこを吸ったことがありますか																																																																																																																																																											
☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回以上																										☐ 吸っている 歳から 本/日																																																																																																																																																											
2. 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか																										☐ 昔吸っていた 歳まで 年間																																																																																																																																																											
☐ 毎日 ☐ 週1回以上 ☐ 月1～3回																										☐ 吸ったことがない																																																																																																																																																											
☐ 使っていない																										7. 全身の状態であてはまるものはどれですか																																																																																																																																																											
3. 過去1年間に歯科健診（検診）を受けましたか																										☐ 糖尿病 ☐ 関節リウマチ ☐ 内臓肥満																																																																																																																																																											
☐ はい ☐ いいえ																										☐ 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 ☐ 妊娠																																																																																																																																																											
4. 食事は噛めていますか																										☐ 高血圧 ☐ その他																																																																																																																																																											
☐ 何でも噛める ☐ 噛めないものがある ☐ 噛めない																										8. 自分の歯や口について気になることはありますか																																																																																																																																																											
5. お茶や汁物等でむせることがありますか																										()																																																																																																																																																											
☐ はい ☐ いいえ																																																																																																																																																																																					
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																																																																																																																																																											
右8765432112345678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）																										歯肉の状況（CPI対象歯）																																																																																																																																																											
☐ 良好（歯垢がほとんど認められない） ☐ 普通																										7または616または7																																																																																																																																																											
☐ 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）																										歯肉出血（BOP）																																																																																																																																																											
歯石の付着（CPI対象歯）																										歯周ポケット（PD）																																																																																																																																																											
☐ なし ☐ 軽度（点状）あり ☐ 中等度（帯状）以上あり																										歯肉出血（BOP）																																																																																																																																																											
その他の所見																										歯周ポケット（PD）																																																																																																																																																											
☐ 楔状欠損 ☐ 歯列咬合不正 ☐ 顎関節 ☐ 義歯不適合																										最大値7または616または7																																																																																																																																																											
☐ 粘膜 ☐ その他																										歯肉出血 歯周ポケット																																																																																																																																																											
☐ 未処置根面う蝕あり																																																																																																																																																																																					
判定 ☐ 異常なし ☐ 要指導 ☐ 要精密検査																																																																																																																																																																																					
【熊本市への連絡事項（健診後の予定）】																										歯科医療機関名																																																																																																																																																											
☐ 定期健診について受診勧奨																										医療機関コード																																																																																																																																																											
☐ 当医療機関にて継続予定																										所在地																																																																																																																																																											
☐ 他医療機関（歯科）を紹介																										名称																																																																																																																																																											
☐ 他医療機関（医科）を紹介																										電話番号																																																																																																																																																											
																										歯科医師名																																																																																																																																																											