熊本市節目年齢歯科健診票　【令和８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　　区	電話番号	（　　）	

［レ点または数字でお答えください］

Q１．現在ご自分の歯や口、あごの状態で気になることはありますか。　□ない　□ある

①【Q１で「ある」とお答えになった方】あてはまるものすべてにチェックをつけてください。

□歯の状態・痛み　□外観　□発音　□口臭　□歯ぐきの状態・痛み　□かみ具合　□口の渇き
□あごの痛み　□歯ぎしりや食いしばりなどの習癖　□その他（　　）

②【「歯ぐきの状態・痛み」とお答えになった方】あてはまるものすべてにチェックをつけてください。

□痛みがある　□歯をみがくと血が出る　□はれてブヨブヨする　□歯ぐきが下がっている　□歯がぐらぐらする

Q２．自分は歯周病だと思いますか。　□思わない　□思う

Q３．食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。

□何でもかんで食べることができる　□歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある
□ほとんどかめない

Q４．冷たいものや熱いものが歯にしみますか。　□しみない　□時々しみる　□いつもしみる

Q５．半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。　□はい　□いいえ

Q６．お茶や汁物等でむせることがありますか。　□はい　□いいえ

Q７．歯をみがく頻度はどのくらいですか。　□毎日3回以上　□毎日2回　□毎日1回　□ときどき　□0回

Q８．歯をいつみがくのか、あてはまるものすべてにチェックをつけてください。

□朝食後　□昼食後　□夕食後　□就寝前　□その他

Q９．歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。　□毎日　□時々　□いいえ

Q１０．ゆっくりよくかんで食事をしますか。　□毎日　□時々　□いいえ

Q１１．たばこを吸っていますか。　□吸っていない　□吸っている

Q１２．直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。　□半年以内　□１年以内　□１年以上行っていない

①【Q１２で「半年以内」または「１年以内」とお答えになった方】
どのような目的で行きましたか。あてはまるものすべてにチェックをつけてください。

□治療　□歯科健（検）診　□予防（フッ化物塗布、歯の清掃等）　□その他

②【Q１２で「半年以内」または「１年以内」とお答えになった方】
その際に、「歯周病の治療が必要です」と言われましたか。　□言われなかった　□言われた

Q１３．かかりつけの歯科医院がありますか。　□はい　□いいえ

Q１４．ご自分の歯は何本ありますか。　□２０本以上　□１９本以下　□わからない
（親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。
さし歯は含みます。）

Q１５．次の病気について、指摘されたことがありますか。あてはまるものすべてにチェックをつけてください。

□ない　□糖尿病　□関節リウマチ　□脳梗塞（脳卒中）　□狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症
□呼吸器疾患　□その他（　　）

Q１６．【女性の方にお伺いします。】
現在、妊娠していますか。（その可能性がある場合も含みます。）　□はい　□いいえ

---

(1) 歯の状況（歯式は数字で記入してください）

1:健全歯　5:処置歯
2:未処置歯（歯冠部）　6:要補綴歯（未処置の欠損歯）
3:未処置歯（歯根部）　7:欠損補綴歯（処置済みの欠損歯）
4:未処置歯（歯冠部及び歯根部）　8:補綴不要欠損歯

上顎																	上顎
右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
下顎																	下顎

(2) 歯肉の状況

・歯肉出血
0：健全
1：出血あり
9：除外歯
X：該当歯なし

・歯周ポケット
0：4mm未満
1：4mm以上6mm未満
2：6mm以上
9：除外歯
X：該当歯なし

歯肉の状況（CPI対象歯）

	17または16	11	26または27
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)			
	47または46	31	36または37

最大値
歯肉出血　　歯周ﾎﾟｹｯﾄ

(3) 歯石の付着状況

□なし　□軽度（点状）あり　□中等度（帯状）以上あり

(4) 口腔衛生状態

□良好　□普通　□不良

(5) その他の所見（所見が認められるものにチェック）

□歯列・咬合　□顎関節　□粘膜（色）　□粘膜（形状）

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）］

□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
※紹介先の医療機関名を記入

歯科医療機関名
医療機関コード　4 3 | | | | | | | |
所在地
名称
電話番号
歯科医師名