

歯周病検診票

(太枠の中をご記入ください)

検査日 令和 年 月 日 No.

ふりがな 氏 名		住 所	大牟田市		
生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 女	電話番号	

[あてはまるところに○をつけ、()内には必要な事項を記入してください]

○歯みがきは一日何回しますか

- 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

○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()から()歳の()年間
c. 吸ったことがない

○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. 使っていない

○全身の状態であてはまるものはどれですか

- a. 糖尿病 b. 関節リウマチ
c. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 d. 内臓型肥満
e. 妊娠
f. その他()

○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

○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

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)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

1.健全歯数 (/)	2.未処理歯数 (C)	3.処置歯数 (O)	4.現在歯数 (1+2+3)	5.要補綴歯数 (△)	6.欠損補綴歯数 (△)
---------------	----------------	---------------	-------------------	----------------	-----------------

歯肉の状況

	17または16	11	26または27
BOP			
PD			
BOP			
PD			
	47または46	31	36または37
個人コード(最大値)			
歯肉出血			
歯周ポケット			

[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PD]

- 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

- 1.良好
2.普通
3.不良

歯石の付着

- 1.なし
2.軽度(点状)あり
3.中等度(帯状)以上あり

その他の所見

- ・歯列咬合 1.所見なし 2.所見あり
・顎関節 1.所見なし 2.所見あり
・粘膜 1.所見なし 2.所見あり
・その他

判定区分 (該当項目に○をつけてください。)

1. 異常なし

- ・ CPI: 歯肉出血0
かつ、
歯周ポケット0

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(軽度、中等度以上)
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

3.要精密検査

- a. CPI: 歯周ポケット1 e. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する
b. CPI: 歯周ポケット2
c. 未処置歯あり f. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)
d. 要補綴歯あり

市への連絡事項

- 1 検査した医療機関にて指導予定
2 検査した医療機関にて治療・経過観察・定期検診予定
3 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先)
4 他医療機関(医科)を紹介(紹介先)

検査者(医療機関)名