

障がい者歯科健康診査票

健診医控え

令和 年 月 日

(受診者は太枠の中をご記入ください) (該当する番号を○で囲ってください)

フリガナ											男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生	歳	
氏名											施設名						
障がい名	1. 脳性麻痺 2. 知的能力障害 3. 自閉スペクトラム症 4. ダウン症 5. てんかん 6. 脳卒中(脳血管障害) 7. 肢体不自由 8. 視聴覚障害 9. その他()																
問診	①	全身の状態でご当てはまるものをお答えください 1. 糖尿病 2. 脳血管障害 3. 心疾患 4. 関節リウマチ 5. 呼吸器疾患 6. その他()															
	②	かかりつけの歯科医院がありますか										1. はい 2. いいえ					
	③	定期的に歯科健診を受けていますか										1. 受けている:年()回 2. 受けていない					
	④	現在、歯科の治療中ですか										1. はい 2. いいえ 3. 半年以内に治療が完了した					
	⑤	歯を磨くと歯ぐきから出血しますか										1. いいえ 2. 時々 3. 毎回					
	⑥	歯磨きは1日に何回しますか										1. ほとんどしない 2. 1回 3. 2回 4. 3回以上					
	⑦	補助的清掃器具(歯間ブラシ、フロス等)を使用しますか										1. 毎回使用 2. たまに使用 3. 使用しない					
	⑧	フッ化物(フッ素)は使用していますか 1. 歯科医院での塗布 2. フッ素配合の歯磨剤使用 3. 家庭や学校等でのフッ化物洗口 4. 使用していない															

【歯と歯肉の状態】 受診者の様子を考慮し、難しいと思われる項目については無理に行わないようにしてください **【CPI 最大値 記入欄】**

<table border="1"> <tr> <td>7 or 6</td><td colspan="2">歯肉出血BOP</td><td>1</td><td colspan="2">歯肉出血BOP</td><td colspan="2">歯肉出血BOP</td><td>6 or 7</td></tr> <tr> <td>7 or 6</td><td colspan="2">歯周ポケットPD</td><td>1</td><td colspan="2">歯周ポケットPD</td><td colspan="2">歯周ポケットPD</td><td>6 or 7</td></tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr> <td colspan="3"></td><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td colspan="3"></td></tr> <tr> <td colspan="3"></td><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td colspan="3"></td></tr> </table>										7 or 6	歯肉出血BOP		1	歯肉出血BOP		歯肉出血BOP		6 or 7	7 or 6	歯周ポケットPD		1	歯周ポケットPD		歯周ポケットPD		6 or 7	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E							E	D	C	B	A	A	B	C	D	E				<table border="1"> <tr> <th>歯肉出血</th><th>歯周ポケット</th></tr> <tr> <td>① 出血なし</td><td>① 4mm未満</td></tr> <tr> <td>② 出血あり</td><td>① 4~6mm未満</td></tr> <tr> <td></td><td>② 6mm以上</td></tr> <tr> <td colspan="2">③ 除外歯</td></tr> <tr> <td colspan="2">④ 該当歯なし</td></tr> </table>		歯肉出血	歯周ポケット	① 出血なし	① 4mm未満	② 出血あり	① 4~6mm未満		② 6mm以上	③ 除外歯		④ 該当歯なし	
7 or 6	歯肉出血BOP		1	歯肉出血BOP		歯肉出血BOP		6 or 7																																																																																	
7 or 6	歯周ポケットPD		1	歯周ポケットPD		歯周ポケットPD		6 or 7																																																																																	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																																										
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																																													
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																																													
歯肉出血	歯周ポケット																																																																																								
① 出血なし	① 4mm未満																																																																																								
② 出血あり	① 4~6mm未満																																																																																								
	② 6mm以上																																																																																								
③ 除外歯																																																																																									
④ 該当歯なし																																																																																									

1. 健全歯数 (/)	2. 未処置歯数 (C+R+RC)	3. 未処置歯数 (Cのみ)	4. 処置歯数 (○)	5. 現在歯数 (1+2+4)	6. 要補綴歯数 (△)	7. 欠損補綴歯数 (⊕)	8. 喪失歯数 (△+⊕)	9. DMF 歯数 (2+4+8)
----------------	----------------------	-------------------	----------------	--------------------	-----------------	------------------	------------------	----------------------

R(根面部のう蝕) RC(根面部のう蝕+歯冠部のう蝕)

(注)補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

診査結果	口腔衛生状態	1. 良好	2. ふつう	3. 不良
	歯周病	1. 4mm未満	2. 4~6mm未満	3. 6mm以上
	むし歯	1. 所見なし	2. 未処置歯あり	
	欠損	1. 補綴の必要なし	2. 要補綴歯あり	
	歯石	1. 所見なし	2. 軽度(点状)	3. 中等度(帯状)
	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()	
	口腔粘膜(色調)	1. 所見なし	2. 所見あり()	
	口腔粘膜(形状)	1. 所見なし	2. 所見あり()	
	その他	1. 所見なし	2. 所見あり()	

総合判定	① 所見なし	② 要指導	③ 要精密検査	
	<input type="checkbox"/> CPI歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0 (4mm未満)	<input type="checkbox"/> CPI歯肉出血1(あり)かつ 歯周ポケット0(4mm未満) <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態3(不良)	<input type="checkbox"/> CPI歯周ポケット1 または2(4mm以上) <input type="checkbox"/> 未処置歯 <input type="checkbox"/> 要補綴歯	<input type="checkbox"/> 歯石2・3 <input type="checkbox"/> 糖尿病の既往歴 <input type="checkbox"/> その他

郡市区名	健診医名
------	------

障がい者歯科健康診査票

施設控え

令和 年 月 日

(受診者は太枠の中をご記入ください) (該当する番号を○で囲ってください)

フリガナ		男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生	歳	
氏名	施設名							
障がい名	1. 脳性麻痺 2. 知的能力障害 3. 自閉スペクトラム症 4. ダウン症 5. てんかん 6. 脳卒中(脳血管障害) 7. 肢体不自由 8. 視聴覚障害 9. その他()							
問診	①	全身の状態でご当てはまるものをお答えください 1. 糖尿病 2. 脳血管障害 3. 心疾患 4. 関節リウマチ 5. 呼吸器疾患 6. その他()						
	②	かかりつけの歯科医院がありますか	1. はい 2. いいえ					
	③	定期的に歯科健診を受けていますか	1. 受けている:年()回 2. 受けていない					
	④	現在、歯科の治療中ですか	1. はい 2. いいえ 3. 半年以内に治療が完了した					
	⑤	歯を磨くと歯ぐきから出血しますか	1. いいえ 2. 時々 3. 毎回					
	⑥	歯磨きは1日に何回しますか	1. ほとんどしない 2. 1回 3. 2回 4. 3回以上					
	⑦	補助的清掃器具(歯間ブラシ、フロス等)を使用しますか	1. 毎回使用 2. たまに使用 3. 使用しない					
	⑧	フッ化物(フッ素)は使用していますか 1. 歯科医院での塗布 2. フッ素配合の歯磨剤使用 3. 家庭や学校等でのフッ化物洗口 4. 使用していない						

【歯と歯肉の状態】 受診者の様子を考慮し、難しいと思われる項目については無理に行わないようにしてください 【CPI 最大値 記入欄】

右	<table border="1"> <tr> <td>7 or 6</td> <td>歯肉出血BOP</td> <td>1</td> <td>歯肉出血BOP</td> <td>6 or 7</td> </tr> <tr> <td>7 or 6</td> <td>歯周ポケットPD</td> <td>1</td> <td>歯周ポケットPD</td> <td>6 or 7</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	7 or 6	歯肉出血BOP	1	歯肉出血BOP	6 or 7	7 or 6	歯周ポケットPD	1	歯周ポケットPD	6 or 7	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E							E	D	C	B	A	A	B	C	D	E				左	<table border="1"> <tr> <td>7 or 6</td> <td>歯肉出血BOP</td> <td>6 or 7</td> </tr> <tr> <td>7 or 6</td> <td>歯周ポケットPD</td> <td>6 or 7</td> </tr> </table>	7 or 6	歯肉出血BOP	6 or 7	7 or 6	歯周ポケットPD	6 or 7
7 or 6	歯肉出血BOP	1	歯肉出血BOP	6 or 7																																																															
7 or 6	歯周ポケットPD	1	歯周ポケットPD	6 or 7																																																															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																																				
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																																							
7 or 6	歯肉出血BOP	6 or 7																																																																	
7 or 6	歯周ポケットPD	6 or 7																																																																	
<table border="1"> <tr> <td>7 or 6</td> <td>歯肉出血BOP</td> <td>1</td> <td>歯肉出血BOP</td> <td>6 or 7</td> </tr> <tr> <td>7 or 6</td> <td>歯周ポケットPD</td> <td>1</td> <td>歯周ポケットPD</td> <td>6 or 7</td> </tr> </table>		7 or 6	歯肉出血BOP	1	歯肉出血BOP	6 or 7	7 or 6	歯周ポケットPD	1	歯周ポケットPD	6 or 7	<table border="1"> <tr> <th>歯肉出血</th> <th>歯周ポケット</th> </tr> <tr> <td>① 出血なし</td> <td>① 4mm未満</td> </tr> <tr> <td>② 出血あり</td> <td>① 4~6mm未満</td> </tr> <tr> <td></td> <td>② 6mm以上</td> </tr> <tr> <td colspan="2">⑨ 除外歯</td> </tr> <tr> <td colspan="2">⊗ 該当歯なし</td> </tr> </table>	歯肉出血	歯周ポケット	① 出血なし	① 4mm未満	② 出血あり	① 4~6mm未満		② 6mm以上	⑨ 除外歯		⊗ 該当歯なし																																												
7 or 6	歯肉出血BOP	1	歯肉出血BOP	6 or 7																																																															
7 or 6	歯周ポケットPD	1	歯周ポケットPD	6 or 7																																																															
歯肉出血	歯周ポケット																																																																		
① 出血なし	① 4mm未満																																																																		
② 出血あり	① 4~6mm未満																																																																		
	② 6mm以上																																																																		
⑨ 除外歯																																																																			
⊗ 該当歯なし																																																																			

1. 健全歯数 (/)	2. 未処置歯数 (C+R+RC)	3. 未処置歯数 (Cのみ)	4. 処置歯数 (○)	5. 現在歯数 (1+2+4)	6. 要補綴歯数 (△)	7. 欠損補綴歯数 (⊕)	8. 喪失歯数 (△+⊕)	9. DMF 歯数 (2+4+8)
----------------	----------------------	-------------------	----------------	--------------------	-----------------	------------------	------------------	----------------------

R(根面部のう蝕) RC(根面部のう蝕+歯冠部のう蝕)

(注)補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

診査結果	口腔衛生状態	1. 良好	2. ふつう	3. 不良
	歯周病	1. 4mm未満	2. 4~6mm未満	3. 6mm以上
	むし歯	1. 所見なし	2. 未処置歯あり	
	欠損	1. 補綴の必要なし	2. 要補綴歯あり	
	歯石	1. 所見なし	2. 軽度(点状)	3. 中等度(帯状)
	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()	
	口腔粘膜(色調)	1. 所見なし	2. 所見あり()	
	口腔粘膜(形状)	1. 所見なし	2. 所見あり()	
	その他	1. 所見なし	2. 所見あり()	

総合判定	① 所見なし	② 要指導	③ 要精密検査
	<input type="checkbox"/> CPI歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0 (4mm未満)	<input type="checkbox"/> CPI歯肉出血1(あり)かつ 歯周ポケット0(4mm未満) <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態3(不良)	<input type="checkbox"/> CPI歯周ポケット1 <input type="checkbox"/> 歯石2・3 または2(4mm以上) <input type="checkbox"/> 糖尿病の既往歴 <input type="checkbox"/> 未処置歯 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 要補綴歯

郡市区名	健診医名
------	------

障がい者歯科健康診査票

受診者用

令和 年 月 日

(受診者は太枠の中をご記入ください) (該当する番号を○で囲ってください)

フリガナ		男・女	昭和・平成・令和	年	月	日生	歳
氏名	施設名						
障がい名	1. 脳性麻痺 2. 知的能力障害 3. 自閉スペクトラム症 4. ダウン症 5. てんかん 6. 脳卒中(脳血管障害) 7. 肢体不自由 8. 視聴覚障害 9. その他()						
問診	①	全身の状態でご当てはまるものをお答えください 1. 糖尿病 2. 脳血管障害 3. 心疾患 4. 関節リウマチ 5. 呼吸器疾患 6. その他()					
	②	かかりつけの歯科医院がありますか	1. はい 2. いいえ				
	③	定期的に歯科健診を受けていますか	1. 受けている:年()回 2. 受けていない				
	④	現在、歯科の治療中ですか	1. はい 2. いいえ 3. 半年以内に治療が完了した				
	⑤	歯を磨くと歯ぐきから出血しますか	1. いいえ 2. 時々 3. 毎回				
	⑥	歯磨きは1日に何回しますか	1. ほとんどしない 2. 1回 3. 2回 4. 3回以上				
	⑦	補助的清掃器具(歯間ブラシ、フロス等)を使用しますか	1. 毎回使用 2. たまに使用 3. 使用しない				
	⑧	フッ化物(フッ素)は使用していますか 1. 歯科医院での塗布 2. フッ素配合の歯磨剤使用 3. 家庭や学校等でのフッ化物洗口 4. 使用していない					

歯科健康診査 結果のお知らせ

個人情報の管理について
診査票に記入していただいた個人情報は、保健事業以外での目的には使用いたしません。

総合判定について

① 所見なし 引き続き定期健診をお勧めします。	② 所見あり 改善のための指導を受けましょう。	③ 要精密検査 さらに詳しい検査を受けてください。
----------------------------	----------------------------	------------------------------

現在、あなたの歯は _____ 本です。

診査結果	口腔衛生状態	1. 良好	2. ふつう	3. 改善の必要あり
	歯周病	1. 低リスク	2. 中リスク	3. 高リスク
	むし歯	1. 所見なし	2. あり	
	喪失歯	1. 治療の必要なし	2. 治療の必要あり	
	歯石	1. 所見なし	2. 軽度	3. 中等度
	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()	
	口腔粘膜(色調)	1. 所見なし	2. 所見あり()	
	口腔粘膜(形状)	1. 所見なし	2. 所見あり()	
	その他	1. 所見なし	2. 所見あり()	

総合判定	① 所見なし <input type="checkbox"/> 歯肉に所見なし 代表の歯に行った簡易判定の結果です。 他の歯にリスクが潜む場合もあります。	② 所見あり <input type="checkbox"/> 歯肉に軽い炎症 <input type="checkbox"/> お口の清掃状態	③ 要精密検査 <input type="checkbox"/> 歯周病の疑い <input type="checkbox"/> 歯石の付着 <input type="checkbox"/> 糖尿病の既往歴 <input type="checkbox"/> むし歯の治療 <input type="checkbox"/> 喪失歯の治療 <input type="checkbox"/> その他
------	--	--	--

郡市区名	健診医名
------	------