

口腔がん・口腔粘膜疾患チェックシート

令和 年 月 日

ご氏名

担当歯科医

※下記の項目にある症状が見られる時は□をチェックしてください。

1. 舌の側縁に異常がある □
2. 頬粘膜に異常がある □
3. 歯肉に異常がある □
4. 口底に異常がある □
5. その他の部位 () に異常がある □
6. 潰瘍・びらんを形成している □
7. 腫瘍がある □
8. 白色病変がある □
9. 赤と白の混在した病変がある □
10. 病変に硬結（しこり）がある □
11. 病変から出血がある □
12. 病変に痛みがある □
13. 病変に急な経時的変化がある □

《検診結果》

☐ 疑われる所見なし

☐ 専門機関での精査が必要

東北口腔がん対策推進会議
青森県歯科医師会・岩手県歯科医師会・秋田県歯科医師会
宮城県歯科医師会・山形県歯科医師会・福島県歯科医師会

北海道歯科医師会