

実施医療機関名：

① 盛岡市成人歯周病検診 健康診査票

(年度末年齢 20歳・30歳・40歳・50歳・60歳・70歳・80歳)

歯科医師名

実施年月日：令和 年 月 日

※「個人情報保護に関する法律」に基づき、業務上知り得た個人情報については、検診に関わる目的以外には使用いたしません。

●太枠の中をご記入ください(受診者記入)

盛岡市成人検診整理番号

フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成
氏名			年 月 日	(年度末年齢 歳)
電話番号	(自宅) ー ー (携帯) ー ー	住所	〒 ー ー ー ー ー ー 盛岡市	

(1) 歯の状況

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

【記入にあたり用いる符号】

健全歯 : /
未処置歯 : C (歯冠部のう蝕)
 : R (根面部のう蝕)
 : RC (根面部のう蝕+歯冠部のう蝕)
喪失歯 : △ (要補綴歯)
 : ⊙ (義歯、ボンテック、インプラント)

(注) 先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「X」を記入

処置歯 : O (充填歯、クラウン、ブリッジ支台)

① / : 健全歯 本
② C、R、RC : 未処置歯 本
③ うちCのみの未処置歯 本
④ △、⊙ : 喪失歯 本
⑤ うち△ : 要補綴歯 本
⑥ O : 処置歯 本
⑦ 現在歯数 (①+②+⑥) 本
⑧ DMF歯数 (②+④+⑥) 本

(2) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無 1. なし 2. あり

(3) 歯肉の状況(永久歯列) 【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

17or16	11or21	26or27	① 歯肉出血 (BOP)	② 歯周ポケット (PD)	③ 歯石の付着状況
BOP			BOP最大コード	PD最大コード	1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり
PD					
BOP			0: 健全 1: 出血あり 9: 除外歯 X: 該当歯なし	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	
PD					
47or46	31or41	36or37			

(4) 歯列・咬合の状況	(5) 顎関節の症状	(6) 口腔粘膜		(7) 口腔衛生状態	(8) その他の所見
1. 所見なし 2. 所見あり	1. 所見なし 2. 所見あり	①粘膜の色 1. 所見なし 2. 所見あり	②粘膜の形状 1. 所見なし 2. 所見あり	1. 良好 2. 普通 3. 不良	1. 所見なし 2. 所見あり ()

判定区分 ※1. ~3. のいずれかに○をつける。
2. 要指導の場合は、判定理由a. ~c. 3. 要精密検査の場合は判定理由a. ~i. の該当するものに○をつける。

1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査
CPI 歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0(なし)	(判定理由) a. CPI 歯肉出血1(あり) かつ歯周ポケット0(なし) b. 口腔清掃状態不良 c. 生活習慣や基礎疾患(糖尿病を除く)、歯科医療機関の受診状況等、指導を要する	(判定理由) a. 歯石の付着あり b. CPI 歯周ポケット(PD) 1 (4~5mm) c. CPI 歯周ポケット(PD) 2 (6mm以上) d. 未処置歯あり e. 要補綴歯あり f. 糖尿病の治療を行っている (又は糖尿病の指摘を受けたことがある等) g. 習慣的に喫煙している h. 生活習慣や基礎疾患等、さらに詳しい検査や治療を要する i. その他の所見あり (更に詳しい検査や治療が必要な場合)

【市町村への連絡事項】 歯周病検診を受診し、結果の説明と保健指導を受けました。

1. 健診を行った医療機関において指導・治療予定
2. 他医療機関(歯科・医科)を紹介(紹介先:) 署名

(A) を6月から2月までは翌月6日まで
3月は3月16日までに盛岡市歯科医師会に提出

(A) 盛岡市用(請求原票)

実施医療機関名：

① 盛岡市成人歯周病検診 健康診査票

歯科医師名

(年度末年齢 20歳・30歳・40歳・50歳・60歳・70歳・80歳)

実施年月日：令和 年 月 日

※「個人情報保護に関する法律」に基づき、業務上知り得た個人情報については、検診に関わる目的以外には使用いたしません。

●太枠の中をご記入ください(受診者記入)

盛岡市成人検診整理番号

フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成
氏名			年 月 日	(年度末年齢 歳)
電話番号	(自宅) - - (携帯) - -	住所	〒 - - 盛岡市	

(1) 歯の状況

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

【記入にあたり用いる符号】

健全歯 : /
未処置歯 : C (歯冠部のう蝕)
: R (根面部のう蝕)
: RC (根面部のう蝕+歯冠部のう蝕)
喪失歯 : △ (要補綴歯)
: ⊙ (義歯、ボンテック、インプラント)

(注) 先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「X」を記入

処置歯 : O (充填歯、クラウン、ブリッジ支台)

① / : 健全歯 本
② C、R、RC : 未処置歯 本
③ うちCのみの未処置歯 本
④ △、⊙ : 喪失歯 本
⑤ うち△ : 要補綴歯 本
⑥ O : 処置歯 本
⑦ 現在歯数 (①+②+⑥) 本
⑧ DMF歯数 (②+④+⑥) 本

(2) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無 1.なし 2.あり

(3) 歯肉の状況(永久歯列) 【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

17or16	11or21	26or27
BOP		
PD		
BOP		
PD		
47or46	31or41	36or37

① 歯肉出血 (BOP) BOP最大コード
0: 健全
1: 出血あり
9: 除外歯
X: 該当歯なし

② 歯周ポケット (PD) PD最大コード
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

③ 歯石の付着状況 1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり

(4) 歯列・咬合の状況	(5) 顎関節の症状	(6) 口腔粘膜		(7) 口腔衛生状態	(8) その他の所見
1. 所見なし 2. 所見あり	1. 所見なし 2. 所見あり	①粘膜の色 1. 所見なし 2. 所見あり	②粘膜の形状 1. 所見なし 2. 所見あり	1. 良好 2. 普通 3. 不良	1. 所見なし 2. 所見あり ()

判定区分 ※1.~3. のいずれかに○をつける。
2. 要指導の場合は、判定理由a. ~c.、3. 要精密検査の場合は判定理由a. ~i. の該当するものに○をつける。

1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査
CPI 歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0(なし)	(判定理由) a. CPI 歯肉出血1(あり) かつ歯周ポケット0(なし) b. 口腔清掃状態不良 c. 生活習慣や基礎疾患(糖尿病を除く)、歯科医療機関の受診状況等、指導を要する	(判定理由) a. 歯石の付着あり b. CPI 歯周ポケット(PD) 1 (4~5mm) c. CPI 歯周ポケット(PD) 2 (6mm以上) d. 未処置歯あり e. 要補綴歯あり f. 糖尿病の治療を行っている (又は糖尿病の指摘を受けたことがある等) g. 習慣的に喫煙している h. 生活習慣や基礎疾患等、さらに詳しい検査や治療を要する i. その他の所見あり (更に詳しい検査や治療が必要な場合)

【市町村への連絡事項】

歯周病検診を受診し、結果の説明と保健指導を受けました。

- 健診を行った医療機関において指導・治療予定
- 他医療機関(歯科・医科)を紹介(紹介先: _____)

署名 _____

実施医療機関名：

① 盛岡市成人歯周病検診 健康診査票

歯科医師名

(年度末年齢 20歳・30歳・40歳・50歳・60歳・70歳・80歳)

実施年月日：令和 年 月 日

※「個人情報の保護に関する法律」に基づき、業務上知り得た個人情報については、検診に関わる目的以外には使用いたしません。

●太枠の中をご記入ください(受診者記入)

盛岡市成人検診整理番号

フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成
氏名			年 月 日	(年度末年齢 歳)
電話番号	(自宅) - - (携帯) - -	住所	〒 - - 盛岡市	

(1) 歯の状況

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

【記入にあたり用いる符号】

健全歯 : /
未処置歯 : C (歯冠部のう蝕)
 : R (根面部のう蝕)
 : RC (根面部のう蝕+歯冠部のう蝕)
喪失歯 : △ (要補綴歯)
 : ⊙ (義歯、ボンテック、インプラント)

(注) 先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「X」を記入

処置歯 : ○ (充填歯、クラウン、ブリッジ支台)

① / : 健全歯 本
② C、R、RC : 未処置歯 本
③ うちCのみの未処置歯 本
④ △、⊙ : 喪失歯 本
⑤ うち△ : 要補綴歯 本
⑥ ○ : 処置歯 本
⑦ 現在歯数 (①+②+⑥) 本
⑧ DMF歯数 (②+④+⑥) 本

(2) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無 1.なし 2.あり

(3) 歯肉の状況(永久歯列) 【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

17or16	11or21	26or27
BOP		
PD		
BOP		
PD		
47or46	31or41	36or37

① 歯肉出血 (BOP) BOP最大コード
0: 健全
1: 出血あり
9: 除外歯
X: 該当歯なし

② 歯周ポケット (PD) PD最大コード
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

③ 歯石の付着状況 1. なし
2. 軽度(点状)あり
3. 中等度(帯状)以上あり

(4) 歯列・咬合の状況	(5) 顎関節の症状	(6) 口腔粘膜		(7) 口腔衛生状態	(8) その他の所見
1. 所見なし 2. 所見あり	1. 所見なし 2. 所見あり	①粘膜の色 1. 所見なし 2. 所見あり	②粘膜の形状 1. 所見なし 2. 所見あり	1. 良好 2. 普通 3. 不良	1. 所見なし 2. 所見あり ()

あなたのお口の状態は、

所見はありません。

・良い状態です。
丁寧な歯みがき
を続け、定期検
診を心がけてく
ださい。

軽度の所見があります。
保健指導を受けましょう。

- 歯肉に軽い炎症があります。
- 歯みがき方法について指導を受けましょう。
- 歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連があります。その関連性についての説明を受けましょう。

精密検査を受けましょう。

- 歯肉がいたんでいます。
歯科医の治療と指導を受けましょう。
- むし歯があります。
歯科医の治療を受けましょう。
- 歯が抜けたままになっています。
かめるように歯科医の治療を受けましょう。

歯周病検診を受診し、結果の説明と保健指導を受けました。

署名

(C) 受診者用