

受診者の方は太枠の中をもちろなく記入してください。

|      |                         |     |   |
|------|-------------------------|-----|---|
| フリガナ |                         | 性別  |   |
| 氏名   |                         | 男・女 |   |
| 住所   | 柏市                      |     |   |
| 電話   | ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) |     |   |
| 生年月日 | 年                       | 月   | 日 |
| 昭・平  | 年                       | 月   | 日 |

# 柏市歯周病検診診査票

有効期限 令和●年1月31日

※妊婦歯科、お口の健康事業は、令和●年3月31日まで

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| 診査年月日     | 令和●年●月●日                             |
| 区分(利用券枚数) | 妊婦 0 0 8 0 0 枚<br>お口の健康事業<br>国保 後期高齢 |
| (医療機関コード) | 1 0 0 8 0 0                          |
| 医療機関名     |                                      |
| 歯科医師名     |                                      |

以下のQ1~Q16の各質問について、あてはまる番号に○をつけてください。特に断りのない場合、○は1つだけつけてください。( ) 内には必要な事項を記入してください。

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 職業等   | 1. 会社員<br>2. 自営業者<br>3. 学生<br>4. 無職<br>5. その他 ( )   | Q9 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか。  | 1. 毎日<br>2. 時々<br>3. いいえ   |
| 1. 歯や口の中の状況等についてお伺いします。                           |   | Q10 ゆっくりよくかんで食事をしますか。  | 1. 毎日<br>2. 時々<br>3. いいえ   |
| Q1 現在、ご自分の歯や口、歯の状態で気になることはありますか。                  | 1. ない → Q2へ<br>2. ある  | Q11 たばこを吸っていますか。   | 1. 吸ったことがない<br>2. 昔、吸っていた<br>3. 現在、吸っている ( 本 )   |
| ① 【Q1で「2. ある」とお答えになった方】あてはまるものすべてに○をつけてください。      | 1. 歯の状態・痛み<br>2. 外観<br>3. 発音<br>4. 口臭<br>5. 歯ぐきの状態・痛み → ②へ<br>6. かみ具合<br>7. 口の渇き<br>8. あごの痛み<br>9. 歯ぐきしりや食しばりなどの習癖<br>10. その他 ( ) | 3. 歯科の健(検)診や治療の状況等についてお伺いします。  | Q12 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。  |
| ② 【①で「5. 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○をつけてください。 | 1. 痛みがある<br>2. 歯をみがくと血が出る<br>3. はれてプヨプヨする<br>4. 歯ぐきが下がっている<br>5. 歯がぐらぐらする   | Q13 かかりつけの歯科医院がありますか。  | 1. 半年以内<br>2. 1年以内<br>3. 1年以上行っていない → Q13へ   |
| Q2 自分は歯周病だと思いますか。                                 | 1. 思わない<br>2. 思う  | ① 【Q12で「1. 半年以内」または「2. 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○をつけてください。 | 1. 治療<br>2. 歯科健(検)診<br>3. 予防(フッ化物塗布、歯の清掃など)<br>4. その他 ( )                                  |
| 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。                     | 1. 何でもかんで食べることができる<br>2. 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<br>3. ほとんどかめない   | ② その他に「歯周病の治療が必要」と言われましたか。   | 1. 言われなかった<br>2. 言われた  |
| Q4 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。                            | 1. しみない<br>2. 時々しみる<br>3. いつもしみる  | Q14 ご自分の歯は何本ありますか。(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)                    | 1. はい<br>2. いいえ  |
| Q5 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。                       | 1. いいえ<br>2. はい   | Q15 次の病気について、指摘されたことがありますか。<br>あてはまるものすべてに○をつけてください。                       | 1. 20本以上<br>2. 19本以下<br>3. わからない   |
| Q6 お茶や汗物等でむせることがありますか。                            | 1. いいえ<br>2. はい   | 4. その他 ( )   | 1. ない<br>2. 糖尿病<br>3. 関節リウマチ<br>4. 脳梗塞(脳卒中)<br>5. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症<br>6. 呼吸器疾患<br>7. その他 ( ) |
| 2. 日頃の生活習慣等についてお伺いします。                            |   | 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)                            | 1. はい<br>2. いいえ  |
| Q7 歯をみがく頻度はどのくらいですか。(歯が生かれない人は回答不要です)             | 毎日みがく → 【毎日みがく方】何回みがきますか<br>1. 1回<br>2. 2回<br>3. 3回以上   |  |  |
| Q8 歯をみがいていない時、あてはまるものすべてに○をつけてください。               | 1. 朝食後<br>2. 昼食後<br>3. 夕食後<br>4. 夜寝る前<br>5. その他 ( )   |  |  |

※医療機関様：受診券(ハガキ)をこの裏面に添付してください。 ●柏市控

| 歯の状況 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18   | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |

| ①健全歯数 (ノ) | ②歯冠部う蝕 (C) | ③根面部う蝕 (R) と根面部う蝕+歯冠部う蝕 (RC) | ④処置歯数 (O) | 現在歯数 (①+②+③+④) | ⑤要補綴歯 (△) | ⑥義歯、ボンテック、インプラント (◎) |
|-----------|------------|------------------------------|-----------|----------------|-----------|----------------------|
|           |            |                              |           |                |           |                      |

【記入にあたり用いる符号】

|      |    |                 |
|------|----|-----------------|
| 健全歯  | /  | う蝕病変の認められないもの   |
| 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   |
| 処置歯  | O  | 充填、クラウン、ブリッジ、支台 |
| 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

| ①歯肉出血(BOP)                             | ②歯周ポケット(PD)   | CPI 最大値          | 補綴治療の必要がある欠損部位の有無 | 補綴状況 (Br, 義歯, インプラント) |
|--|---|------------------|-------------------|-----------------------|
| 0: 健全<br>1: 出血あり<br>9: 除外歯<br>X: 該当歯なし | 0: 4mm未満<br>1: 4mm以上6mm未満<br>2: 6mm以上<br>9: 除外歯<br>X: 該当歯なし | ①歯肉出血<br>②歯周ポケット | 1 ない<br>2 あり      |                       |

| 歯石の付着状況       |  | 歯 (楔状欠損等) | 歯列咬合   | 顎関節    | 口腔粘膜   |        | 口腔衛生の状態 | その他の所見 |
|---------------|--|-----------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|
| 1 なし          |  |           |        |        | 粘膜の色   | 粘膜の形状  | 1 良好    |        |
| 2 軽度(点状)あり    |  | 1 所見なし    | 1 所見なし | 1 所見なし | 1 所見なし | 1 所見なし | 2 普通    |        |
| 3 中等度(帯状)以上あり |  | 2 所見あり    | 2 所見あり | 2 所見あり | 2 所見あり | 2 所見あり | 3 不良    |        |

判定区分

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| 1 異常なし                         | CPI 歯肉出血0 (なし)かつ歯周ポケット0 (なし)            | これから定期健診を受けながら、良い状態を保ってください。                    |
| 2 要指導                          | 1 CPI 歯肉出血1 (あり)かつ歯周ポケット0 (なし)          | 歯みがきの指導などを受け、状態の改善を図りましょう。                      |
|                                | 2 口腔清掃状態不良                              |   |
|                                | 3 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 | 歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連がありますので、歯・口腔に関する相談や指導を受けましょう。 |
| 3 要精密検査                        | 1 歯石の付着あり                               | 歯周病の症状がありますので、受診しましょう。                          |
|                                | 2 CPI 歯周ポケット1 (4~5mm)                   | 歯みがきの指導などを受け、悪化を防ぎましょう。                         |
|                                | 3 CPI 歯周ポケット2 (6mm以上)                   | むし歯がありますので、受診しましょう。                             |
|                                | 4 未処置歯あり                                | 入れ歯やブリッジなどが必要と思われるので、受診しましょう。                   |
|                                | 5 要補綴歯あり                                |   |
|                                | 6 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)     | 糖尿病は歯周病と関連がありますので、継続した歯科受診をしましょう。               |
| 7 習慣的に喫煙している                   | 喫煙は歯周組織に影響を与えますので、禁煙を心がけましょう。           |   |
| 8 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   | 歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連があります。継続した歯科受診をしましょう。 |   |
| 9 その他の所見あり (さらに詳しい検査や治療が必要な場合) | ( ) がありますので、受診しましょう。                    |   |

指導内容・目標

| 【市町村への連絡事項】             |  |
|-------------------------|--|
| 1 検(健)診を行った医療機関において指導予定 |  |
| 2 検(健)診を行った医療機関において治療予定 |  |
| 3 他医療機関(歯科)を照会(紹介先: )   |  |
| 4 他医療機関(内科)を照会(紹介先: )   |  |