

# 歯周病検診票(福山市提出用)

\* 太枠の中を御記入ください。

検査日 年 月 日

名前	フリガナ										性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女				
住所	〒						福山市	町	生年月日	昭和		又は	年		月		日
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先										年齢		0	歳			

[あてはまるところに○をつけ、( )内に必要な事項を記入してください。]

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>1 歯みがきは1日何回しますか。</b><br/>a 0回 b 1回 c 2回 d 3回以上<br/>b~dを選んだ方は1回当たり ( )分<br/>何分みがきますか。</p> <p><b>2 歯間ブラシやデンタルフロスを使っていますか。</b><br/>a 毎日 b 時々 c 使っていない</p> <p><b>3 過去1年間に歯科検診を受診しましたか。</b><br/>a はい b いいえ</p> <p><b>4 年1回は歯石を歯科医療機関で除去していますか。</b><br/>a はい b いいえ</p> <p><b>5 たばこを吸ったことがありますか。</b><br/>a 現在吸っている。 b 吸っていた事がある。 c 吸った事がない。</p> | <p><b>6 かかりつけの歯科医療機関はありますか。</b><br/>a はい b いいえ</p> <p><b>7 全身の状態であてはまるものはどれですか。</b><br/>a 糖尿病 b 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞<br/>c 関節リウマチ d 内臓型肥満<br/>e 妊娠 f その他( )</p> <p><b>8 お口の事で気になる症状がありますか。</b><br/>( )</p> <p><b>9 職場などで歯科検診を受ける機会がありますか。</b><br/>a はい b いいえ</p> |
|--|--|

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)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
右															左
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1.健全歯数 (✓)		2.未処置歯数 (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 (△)					

**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

**その他の所見**

- 0 なし 4 その他
- 1 歯列・咬合  
2 顎関節  
3 粘膜

**歯肉の状況**

	17又は16	11	26又は27
BOP			
PD			
BOP			
PD			
	47又は46	31	36又は37

[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(4mm~5mm)  
2: 深いポケット(6mm以上)  
9: 除外歯  
X: 該当歯なし

個人コード(最大値)

歯肉出血

歯周ポケット

判定区分 (該当する判定区分に○をしてください。)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>1.異常なし</b><br/>・CPI: 歯肉出血0 かつ 歯周ポケット0<br/>・未処置歯・要補綴歯・その他の所見がない</p> | <p><b>2.要指導</b><br/>a CPI: 歯肉出血1, かつ, 歯周ポケット0<br/>b 口腔清掃状態不良<br/>c 歯石の付着あり(軽度, 中等度以上)<br/>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。</p> | <p><b>3.要精密検査</b><br/>a CPI: 歯周ポケット1<br/>b CPI: 歯周ポケット2<br/>c 未処置歯あり<br/>d 要補綴歯あり<br/>e 生活習慣や基礎疾患等 更に詳しい検査や治療が必要です。<br/>f その他の所見あり</p> |
|--|---|--|

**特記事項・指導事項**

**市への連絡事項** (歯科医療機関にて実施の場合)

- 1 検診した歯科医療機関にて指導予定  
2 検診した歯科医療機関にて治療予定  
3 他の歯科医療機関を紹介(紹介先 )  
4 未定

自己負担金  有  無(生活保護世帯・市民税非課税世帯)

医療機関コード	医療機関名	電話
3 4		

# 歯周病検診票(医療機関控え)

\* 太枠の中を御記入ください。

検査日 年 月 日

名前	フリガナ										性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
住所	〒	□□□□	-	□□□□	福山市	町	生年月日	昭和	□□	又は	年	□□	月	□□	日
電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先		-		-		年齢	□□		0		歳			

[あてはまるところに○をつけ、( )内に必要な事項を記入してください。]

1 歯みがきは1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回当たり ( )分 何分みがきますか。	6 かかりつけの歯科医療機関はありますか。 a はい b いいえ
2 歯間ブラシやデンタルフロスを使っていますか。 a 毎日 b 時々 c 使っていない	7 全身の状態であてはまるものはどれですか。 a 糖尿病 b 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 c 関節リウマチ d 内臓型肥満 e 妊娠 f その他( )
3 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	8 お口の事で気になる症状がありますか。 ( )
4 年1回は歯石を歯科医療機関で除去していますか。 a はい b いいえ	9 職場などで歯科検診を受ける機会がありますか。 a はい b いいえ
5 たばこを吸ったことがありますか。 a 現在吸っている。 b 吸っていた事がある。 c 吸った事がない。	

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)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
右															左
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
1.健全 歯数 (✓)	2.未処置 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 (△)										

<p>口腔清掃状態</p> <p>1 良好 2 普通 3 不良</p> <p>歯石の付着 1 なし 2 軽度(点状)あり 3 中等度(帯状)以上あ</p>	<p>歯肉の状況</p> <p>17又は16 11 26又は27</p> <p>BOP</p> <p>PD</p> <p>BOP</p> <p>PD</p> <p>47又は46 31 36又は37</p> <p>個人コード(最大値)</p> <p>歯肉出血</p> <p>歯周ポケット</p>	<p>[歯肉出血BOP]</p> <p>0:健全 1:出血あり 9:除外歯 X:該当歯なし</p> <p>[歯周ポケットPD]</p> <p>0:健全 1:浅いポケット(4mm~5mm) 2:深いポケット(6mm以上) 9:除外歯 X:該当歯なし</p>
<p>その他の所見</p> <p>0 なし 4 その他</p> <p>1 歯列・咬合</p> <p>2 顎関節</p> <p>3 粘膜</p>		

判定区分 (該当する判定区分に○をしてください。)

1.異常なし ・CPI:歯肉出血0 かつ 歯周ポケット0 ・未処置歯・要補綴歯・ その他の所見がない	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 b CPI:歯周ポケット2 c 未処置歯あり d 要補綴歯あり	e 生活習慣や基礎疾患等 更に詳しい検査や治療 が必要です。 f その他の所見あり
---	--	---	--

特記事項・指導事項	市への連絡事項 (歯科医療機関にて実施の場合) 1 検診した歯科医療機関にて指導予定 2 検診した歯科医療機関にて治療予定 3 他の歯科医療機関を紹介(紹介先 ) 4 未定	
自己負担金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(生活保護世帯・市民税非課税世帯)		
医療機関コード	医療機関名	電話
3 4		

# 歯周病検診結果のお知らせ

検査日 年 月 日

名前	フリガナ										性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女												
住所	〒										福山市	町	生年月日	昭和		又は	年		月		日	西暦			
電話	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 勤務先	-										年齢		0	歳								

永久歯は「親知らず」を含めて全て生えると32本です。生涯にわたって自分の歯で食べることができるように、20本以上の歯を保つことを目標にしましょう。

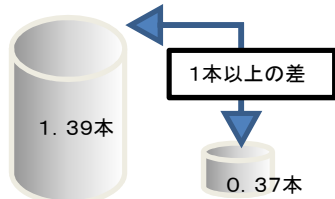
歯が少なくなっている方も、今ある歯を大切に保つよう努めましょう。

歯周病は、歯を失う一番の原因であり、糖尿病、心臓病（狭心症・心筋梗塞等）、脳梗塞、関節リウマチ、内臓型肥満、早産・低体重児出産、肺炎等、全身の健康に悪影響を与えることも分かっています。

今回の歯科検診を機会に、かかりつけの歯科医療機関をもち、年1回はチェックを受けましょう。

### 【5年間に失った歯の数】

成人を対象とした歯周病予防の調査によると、定期的に歯石除去を受けると、受けなかった場合に比べ、5年間で1本以上の歯の喪失防止につながる事が判っています。



最低でも年1回は歯石を取り 定期的な歯石除去 定期的な歯石除去 受けた

### 歯の状況 ( / : 健康な歯 C : 要治療のむし歯 O : 治療済の歯 △ : 入れ歯などが必要な歯 ⊙ : 入れ歯などになっている歯 )

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								
	健康な歯の数				要治療のむし歯の数				治療済の歯の数				あなたの歯の数の合計				入れ歯などが必要な歯の数				入れ歯などになっている歯の数			

### 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

### 【備考】

### その他の所見

- 0 なし
- 4 その他
- 1 歯列・咬合
- 2 顎関節
- 3 粘膜

### 【判定区分】

[ ]お口の中は [ ]歯周病を疑う所見があります。 [ ]更に詳しい検査や治療が必要な状態です。  
**良好な状態です。** [ ]歯肉に軽い炎症があります。 [ ]浅い歯周ポケットが認められました。 [ ]生活習慣や基礎疾患等、  
 良い状態です。 [ ]歯みがき方法について指導を受けましょう。 [ ]深い歯周ポケットが認められました。 更に詳しい検査や治療が  
 丁寧な歯みがきを [ ]歯石を取りに歯科医療機関を受診しましょう。 [ ]むし歯があります。 必要です。  
 続け、定期検診を [ ]歯周病は、生活習慣や全身の病気と関連があります。 [ ]歯が抜けたままになっています。 [ ]その他の所見があります。  
 心掛けてください。 その関連性についての説明を受けましょう。 (その他の所見欄を御参考ください)

### 特記事項・指導事項

自己負担金  有  無(生活保護世帯・市民税非課税世帯) ※この検診票は、福山市保健所健康推進課及び各保健事業実施課で保管し、保健事業の目的以外には使用しません。

医療機関コード				医療機関名				電話					
3	4												