

アダストリア健康保険組合 歯科検診票

| | | | | | | | | |
|---|--|---|-----------------|--|----------------|------------------------------|----------|--|
| 本人記入欄 | フリガナ 氏名 | | 男 ・ 女 | 生年 月日 | 昭・平 年 月 日 | 検診日 | 令和 年 月 日 | |
| | 住所 | | | | | | 保険者番号 | |
| | 日中連絡がとれる 電話番号 (TEL - -) | | | | | | 記号 | |
| | | | | | | 番号 | | |
| | <p>○ 歯みがきは1日何回/何分しますか (回/ 分)</p> <p>○ 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか a. 毎日 b. 週1回以上 c. 月1~3回 d. 使っていない</p> <p>○ 過去1年間に歯科を受診しましたか a. はい b. いいえ</p> <p>○ たばこを吸ったことがありますか a. 吸ったことがない b. 吸っている c. 以前吸っていた → 1日()本で()歳から()年間</p> <p>○ 全身の状態ではまるものはどれですか a. ない b. 糖尿病 c. 関節リウマチ d. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 e. 骨粗しょう症 f. 妊娠 g. 内臓型肥満 h. その他()</p> <p>○ 自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことがあれば、記載してください</p> <p>[]</p> | | | | | | | |
| 検診結果 | 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) | | | | | 補綴状況を記載してください | | |
| | 右 | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | 左 | (Br、義歯、インプラント) | | | |
| | 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 (○) | 4. 現在歯数 (1+2+3) | 5. 要補綴歯数 (△) | 6. 欠損補綴歯数 () | | | |
| 歯肉の状況 (CPI) | | | | ② 歯周ポケットの深さ (PD) | | | | |
| ① 歯肉からの出血 (BOP) 右上6 (7) 右上1 左上6 (7) 個人コード最大値 上顎 下顎 右下6 (7) 左下1 左下6 (7) | | | | 右上6 (7) 右上1 左上6 (7) 個人コード最大値 上顎 下顎 右下6 (7) 左下1 左下6 (7) | | | | |
| 0: 健全 以下の所見が認められない 1: 出血あり 10~30秒以内に出血が認められる 9: 除外歯 根の露出が根尖に及ぶ等測定不能 X: 該当歯なし | | | | 0: 健全 以下の所見がすべて見られない 1: 浅いポケット 4~5mmに達するポケット 2: 深いポケット 6mmを超えるポケット 9: 除外歯 根の露出が根尖に及ぶ等測定不能 X: 該当歯なし | | | | |
| 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 | 3 中等度以上あり | | | | |
| その他の所見 | | 1 所見なし 2 所見あり (下記を○で囲む) [歯 (くさび状欠損等) ・ 歯列不正 ・ 咬合異常 ・ 顎関節 ・ 口腔粘膜 ・ その他 ()] | | | | | | |
| 判定区分 | | | | | | | | |
| 1. 異常なし | | 2. 要指導 | | 3. 要精密検査 | | | | |
| | | a. CPI: 歯肉出血1かつ歯周ポケット0の場合 | | a. CPI: 歯周ポケット1 | | e. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する | | |
| | | b. 口腔清掃状態不良(歯面の1/3以上の歯垢) | | b. CPI: 歯周ポケット2 | | f. その他の所見あり | | |
| | | c. 歯石の付着あり | | c. 未処置歯 | | (更に詳しい検査や治療が必要) | | |
| | | 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 | | d. 要補綴歯 | | | | |
| 指導内容・目標 | | | | | | | | |
| 医療機関コード | | | | 医療機関名 | | 電話 | | |
| 注意事項 | 1. 歯科検診は、当健保組合の被保険者が受診出来ます。 (4月~翌年3月までの1年間に一人につき1回。検診日に当健康組合の資格がないときは、受診できません。) | | | | | | | |
| | 2. 歯科検診を受診するときには、この「歯科検診票」と「被保険者証」を検診医療機関の窓口に提出して下さい。 どちらか一方だけでは受診出来ません。 | | | | | | | |
| | 3. 検診結果は、アダストリア健康保険組合において保存しますので、ご了承の上受診して下さい。 | | | | | | | |