

あなたの受診番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

健診日

2	0			年			月			日
---	---	--	--	---	--	--	---	--	--	---

氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日	満	歳	1. 生活保護
								2. 非課税

住所	〒	熊本市	区	電話番号	()

1. 歯みがきは1日に何回しますか ☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回以上	6. たばこを吸ったことがありますか ☐ 吸っている 歳から 本/日 ☐ 昔吸っていた 歳まで 年間 ☐ 吸ったことがない
2. 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか ☐ 毎日 ☐ 週1回以上 ☐ 月1～3回 ☐ 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 ☐ 糖尿病 ☐ 関節リウマチ ☐ 内臓型肥満 ☐ 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 ☐ 妊娠 ☐ 高血圧 ☐ その他
3. 過去1年間に歯科健診（検診）を受けましたか ☐ はい ☐ いいえ	8. 自分の歯や口について気になることはありますか ()
4. 食事は噛めていますか ☐ 何でも噛める ☐ 噛めないものがある ☐ 噛めない	
5. お茶や汁物等でむせることがありますか ☐ はい ☐ いいえ	

現在歯・喪失歯の状況 医療機関の方へ : 下枠内の数字で記入してください

右																	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

0. 健全歯数	1. 処置歯数	2. 未処置歯数	現在歯数	3. 欠損補綴歯数	4. 要補綴歯数	5. 補綴不要欠損歯数
---------	---------	----------	------	-----------	----------	-------------

口腔清掃状態（CPI対象歯） ☐ 良好（歯垢がほとんど認められない） ☐ 普通 ☐ 不良（1歯以上の歯肉縁部に歯面の1/3を超えて歯垢が認められる）	歯肉の状況（CPI対象歯） 7または6 1 6または7 歯肉出血（BOP） 歯周ポケット（PD） 歯肉出血（BOP） 歯周ポケット（PD） 最大値 1 6または7 歯肉出血 歯周ポケット
歯石の付着（CPI対象歯） ☐ なし ☐ 軽度（点状）あり ☐ 中等度（帯状以上）あり	
その他の所見 ☐ 楔状欠損 ☐ 歯列咬合不正 ☐ 顎関節 ☐ 義歯不適合 ☐ 粘膜 ☐ その他 ()	
判定 ☐ 異常なし ☐ 要指導 ☐ 要精密検査	

【熊本市への連絡事項（健診後の予定）】 ☐ 定期健診について受診勧奨 ☐ 当医療機関にて継続予定 ☐ 他医療機関（歯科）を紹介 { ☐ 他医療機関（医科）を紹介 {	歯科医療機関名 医療機関コード 所在地 名称 電話番号 歯科医師名
--	---