令和5年6月30日	参考資料1
第6回　歯科口腔保健の推進に係る 歯周病対策ワーキンググループ	

歯科健康診査票

（受診者記入欄）

性別	1. 男性　2. 女性	年齢	歳	職業等	1. 会社員　2. 自営業者　3. 学生　4. 無職　5. その他（　　）

以下のQ.１～Q.16の各質問について、「回答」欄のあてはまる番号に〇をつけてください。
特に断りのない場合、〇は1つだけつけてください。

質　問	回　答
1. 歯や口の中の状況等についてお伺いします。	
Q. 1　現在、ご自分の歯や口、あごの状態で気になることはありますか。	1. ない　2. ある
①　【Q. 1で「2. ある」とお答えになった方】 あてはまるものすべてに〇をつけてください。	1. 歯の状態・痛み　2. 外観　3. 発音　4. 口臭 5. 歯ぐきの状態・痛み　6. かみ具合　7. 口の渇き 8. あごの痛み　9. 歯ぎしりや食いしばりなどの習癖 10.その他（　　）
②　【上記質問で「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〇をつけてください。	1. 痛みがある　2. 歯をみがくと血が出る 3. はれてブヨブヨする　4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がぐらぐらする
Q. 2　自分は歯周病だと思いますか。	1. 思わない　2. 思う
Q. 3　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 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 3. ほとんどかめない
Q. 4　冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1. しみない　2. 時々しみる　3. いつもしみる
Q. 5　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　2. はい
Q. 6　お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. いいえ　2. はい
2. 日頃の生活習慣等についてお伺いします。	
Q. 7　歯をみがく頻度はどのくらいですか。 （歯が全くない人は回答不要です）	毎日みがく（1. 1回　2. 2回　3. 3回以上） 4. ときどきみがく　5. みがかない
Q. 8　【Q. 7】で「5. みがかない」以外をお答えになった方 歯をいつみがくのか、あてはまるものすべてに〇をつけてください。	1. 朝食後　2. 昼食後　3. 夕食後　4. 夜寝る前 5. その他
Q. 9　歯間ブラシまたはフロスを使ってますか。	1. 毎日　2. 時々　3. いいえ
Q. 10　ゆっくりよくかんで食事をしますか。	1. 毎日　2. 時々　3. いいえ
Q. 11　たばこを吸っていますか。	1.吸っていない　2. 吸っている
3. 歯科の健（検）診や治療の状況等についてお伺いします。	
Q. 12　直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。	1. 半年以内　2. 1年以内 3. 1年以上行っていない
①【Q. 12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〇をつけてください。	1. 治療　2. 歯科健（検）診 3. 予防（フッ化物塗布、歯の清掃など）　4. その他
②【Q. 12で「1.半年以内」または「2.1年以内」とお答えになった方】 その際に、「歯周病の治療が必要です」と言われましたか。	1. 言われなかった　2. 言われた
Q. 13　かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい　2. いいえ
Q. 14　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. 20本以上　2. 19本以下　3. わからない
4. その他	
Q. 15　次の病気について、指摘されたことがありますか。 あてはまるものすべてに〇をつけてください。	1. ない　2. 糖尿病　3. 関節リウマチ 4. 脳梗塞（脳卒中）　5. 狭心症･心筋梗塞･動脈硬化症 6. 呼吸器疾患　7. その他
Q. 16　【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　2. いいえ

（診査者記入欄）

診査日：西暦（　　）年（　　）月（　　）日　　診査所要時間：（　　）分

実施体制：①歯科医師（　　）人　②歯科衛生士（　　）人　③左記以外（　　）人

以下は診査時に診査者が記入してください。※回答欄は太枠です。

（Ⅰ）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）
下顎	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	下顎

【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、ポンティック、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「×」を記入

処置歯　：○（充填歯、クラウン、ブリッジ支台）

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

（Ⅱ）補綴治療の必要がある欠損部位の有無

1．なし　　2．あり　　（Ⅱ）

（Ⅲ）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。

①歯肉出血(BOP)

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)

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

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

（Ⅲ）①歯肉出血最大コード

（Ⅲ）②歯周ポケット最大コード

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　　（Ⅲ）③

（Ⅳ）歯列・咬合の状況

1．所見なし　　2．所見あり　　（Ⅳ）

（Ⅴ）顎関節の症状

1．所見なし　　2．所見あり　　（Ⅴ）

（Ⅵ）口腔粘膜

①粘膜の色

1．所見なし　　2．所見あり　　（Ⅵ）①

②粘膜の形状

1．所見なし　　2．所見あり　　（Ⅵ）②

（Ⅶ）口腔衛生状態

1．良好　　2．普通　　3．不良　　（Ⅶ）

判定区分

※ 1.～3.のいずれかに○をつけ、2.要指導の場合は、又は3.要精密検査の場合は、それぞれの判定の理由a.～c.又はa.～i.の該当するものに○を付けること。

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1（4～5mm) c. CPI 歯周ポケット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）

指導内容・目標	健診者(医療機関名)【医療機関コード】
	【　　】

【市町村への連絡事項（個別健診の場合）】

1. 健診を行った医療機関において指導予定
2. 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（医科）を照会（紹介先：　　）