

# 歯科情報登録シート(歯科医院からのデータ提供)

参考人提出  
資料1-2

各歯について当てはまるすべての項目にマークして下さい

E D C B A A B C D E

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

|                 |                        |  |  |            |  |                 |                        |  |  |            |  |  |
|-----------------|------------------------|--|--|------------|--|-----------------|------------------------|--|--|------------|--|--|
| 健全歯             |                        |  |  |            |  | 健全歯             |                        |  |  |            |  |  |
| C1-C3(治療中を含む)   |                        |  |  |            |  | C1-C3(治療中を含む)   |                        |  |  |            |  |  |
| 半埋伏歯・埋伏(分かる範囲で) |                        |  |  |            |  | 半埋伏歯・埋伏(分かる範囲で) |                        |  |  |            |  |  |
| 部分修復            | CR充填,セメント充填ほか          |  |  |            |  |                 | CR充填,セメント充填ほか          |  |  |            |  |  |
|                 | インレー,アン<br>レー,3/4,4/5冠 |  |  | 金属色<br>歯冠色 |  |                 | インレー,アン<br>レー,3/4,4/5冠 |  |  | 金属色<br>歯冠色 |  |  |
|                 | アマルガム充填                |  |  |            |  |                 | アマルガム充填                |  |  |            |  |  |
|                 | 窩洞の形態<br>(金属修復物のみ記入)   |  |  |            |  |                 | 窩洞の形態<br>(金属修復物のみ記入)   |  |  |            |  |  |
| 全部修復            | 全部歯冠修復(FMCほか)          |  |  |            |  |                 | 全部歯冠修復(FMCほか)          |  |  |            |  |  |
|                 | 前装冠(HR,MBほか)           |  |  |            |  |                 | 前装冠(HR,MBほか)           |  |  |            |  |  |
|                 | HJC,セラミックほか            |  |  |            |  |                 | HJC,セラミックほか            |  |  |            |  |  |
| Br              | 支台歯(インプラントも可)          |  |  |            |  |                 | 支台歯(インプラントも可)          |  |  |            |  |  |
|                 | ボンティック                 |  |  |            |  |                 | ボンティック                 |  |  |            |  |  |
| 残根・根面板ほか        |                        |  |  |            |  | 残根・根面板ほか        |                        |  |  |            |  |  |
| 欠損              |                        |  |  |            |  | 欠損              |                        |  |  |            |  |  |
| 義歯(人工歯あり)       |                        |  |  |            |  | 義歯(人工歯あり)       |                        |  |  |            |  |  |
| インプラント          |                        |  |  |            |  | インプラント          |                        |  |  |            |  |  |
| 仮歯(TEK,プロビほか)あり |                        |  |  |            |  | 仮歯(TEK,プロビほか)あり |                        |  |  |            |  |  |

※カテから歯科情報を転記する場合、上欄の情報が得られないときは、以下の2項目を追加して使用してもよい。

|             |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |
|-------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|
| 歯牙あり(状態は不明) | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 歯牙あり(状態は不明) |
| 情報なし        | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 情報なし        |

E D C B A A B C D E

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

|                 |                        |  |  |            |  |                 |                        |  |  |            |  |  |
|-----------------|------------------------|--|--|------------|--|-----------------|------------------------|--|--|------------|--|--|
| 健全歯             |                        |  |  |            |  | 健全歯             |                        |  |  |            |  |  |
| C1-C3(治療中を含む)   |                        |  |  |            |  | C1-C3(治療中を含む)   |                        |  |  |            |  |  |
| 半埋伏歯・埋伏(分かる範囲で) |                        |  |  |            |  | 半埋伏歯・埋伏(分かる範囲で) |                        |  |  |            |  |  |
| 部分修復            | CR充填,セメント充填ほか          |  |  |            |  |                 | CR充填,セメント充填ほか          |  |  |            |  |  |
|                 | インレー,アン<br>レー,3/4,4/5冠 |  |  | 金属色<br>歯冠色 |  |                 | インレー,アン<br>レー,3/4,4/5冠 |  |  | 金属色<br>歯冠色 |  |  |
|                 | アマルガム充填                |  |  |            |  |                 | アマルガム充填                |  |  |            |  |  |
|                 | 窩洞の形態<br>(金属修復物のみ記入)   |  |  |            |  |                 | 窩洞の形態<br>(金属修復物のみ記入)   |  |  |            |  |  |
| 全部修復            | 全部歯冠修復(FMCほか)          |  |  |            |  |                 | 全部歯冠修復(FMCほか)          |  |  |            |  |  |
|                 | 前装冠(HR,MBほか)           |  |  |            |  |                 | 前装冠(HR,MBほか)           |  |  |            |  |  |
|                 | HJC,セラミックほか            |  |  |            |  |                 | HJC,セラミックほか            |  |  |            |  |  |
| Br              | 支台歯(インプラントも可)          |  |  |            |  |                 | 支台歯(インプラントも可)          |  |  |            |  |  |
|                 | ボンティック                 |  |  |            |  |                 | ボンティック                 |  |  |            |  |  |
| 残根・根面板ほか        |                        |  |  |            |  | 残根・根面板ほか        |                        |  |  |            |  |  |
| 欠損              |                        |  |  |            |  | 欠損              |                        |  |  |            |  |  |
| 義歯(人工歯あり)       |                        |  |  |            |  | 義歯(人工歯あり)       |                        |  |  |            |  |  |
| インプラント          |                        |  |  |            |  | インプラント          |                        |  |  |            |  |  |
| 仮歯(TEK,プロビほか)あり |                        |  |  |            |  | 仮歯(TEK,プロビほか)あり |                        |  |  |            |  |  |

※カテから歯科情報を転記する場合、上欄の情報が得られないときは、以下の2項目を追加して使用してもよい。

|             |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |
|-------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|
| 歯牙あり(状態は不明) | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 歯牙あり(状態は不明) |
| 情報なし        | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 情報なし        |

自由記載欄(X線写真・口腔内写真・模型などの有無、咬合関係、特徴的な治療、義歯の種類・特徴、歯列矯正など)

# 歯科情報登録シート(歯科医院からのデータ提供) 第1面

## ■患者情報

| 患者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

記入日

(カナ氏名)  
患者氏名

住所

郵便番号

電話番号

最終来院日

| 年号 |   | 年 月 日 |   |   |
|----|---|-------|---|---|
|    |   | 年     | 月 | 日 |
| 平成 | 0 |       |   |   |
|    | 1 |       |   |   |
| 昭和 | 2 |       |   |   |
|    | 3 |       |   |   |
| 大正 | 4 |       |   |   |
|    | 5 |       |   |   |
| 明治 | 6 |       |   |   |
|    | 7 |       |   |   |
|    | 8 |       |   |   |
|    | 9 |       |   |   |

生年月日

| 年号 |   | 年 月 日 |   |   |
|----|---|-------|---|---|
|    |   | 年     | 月 | 日 |
| 平成 | 0 |       |   |   |
|    | 1 |       |   |   |
| 昭和 | 2 |       |   |   |
|    | 3 |       |   |   |
| 大正 | 4 |       |   |   |
|    | 5 |       |   |   |
| 明治 | 6 |       |   |   |
|    | 7 |       |   |   |
|    | 8 |       |   |   |
|    | 9 |       |   |   |

性別

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 男 | <input type="checkbox"/> |
| 女 | <input type="checkbox"/> |

## ■保険情報

保険者番号

続柄

記号

番号

## ■医療機関情報

| 医療機関番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

医療機関名称

医療機関所在地

郵便番号

電話番号

備考

# 歯科情報登録シート(歯科医院からのデータ提供) 第2面

各歯について当てはまるすべての項目にマークして下さい

E D C B A A B C D E

簡易

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

|                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 健全歯                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 健全歯                             |
| C1-C3(治療中を含む)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C1-C3(治療中を含む)                   |
| 部分修復(金属色)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 部分修復(金属色)                       |
| 部分修復(歯冠色)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 部分修復(歯冠色)                       |
| 全部修復(金属を使用)<br>FMC,HR,MBほか      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 全部修復(金属を使用)<br>FMC,HR,MBほか      |
| 全部修復(金属を使用しない)<br>HJC,セラミックほか   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 全部修復(金属を使用しない)<br>HJC,セラミックほか   |
| 残根・根面板ほか                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 残根・根面板ほか                        |
| 欠損                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 欠損                              |
| その他(詳細は自由記載欄へ)<br>半埋伏歯,インプラントなど | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他(詳細は自由記載欄へ)<br>半埋伏歯,インプラントなど |

※カルテから歯科情報を転記する場合で、上欄の情報が得られないときは、以下の2項目を追加して使用してもよい。

|             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |             |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| 歯牙あり(状態は不明) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 歯牙あり(状態は不明) |
| 情報なし        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 情報なし        |

E D C B A A B C D E

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

|                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 健全歯                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 健全歯                             |
| C1-C3(治療中を含む)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C1-C3(治療中を含む)                   |
| 部分修復(金属色)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 部分修復(金属色)                       |
| 部分修復(歯冠色)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 部分修復(歯冠色)                       |
| 全部修復(金属を使用)<br>FMC,HR,MBほか      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 全部修復(金属を使用)<br>FMC,HR,MBほか      |
| 全部修復(金属を使用しない)<br>HJC,セラミックほか   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 全部修復(金属を使用しない)<br>HJC,セラミックほか   |
| 残根・根面板ほか                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 残根・根面板ほか                        |
| 欠損                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 欠損                              |
| その他(詳細は自由記載欄へ)<br>半埋伏歯,インプラントなど | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他(詳細は自由記載欄へ)<br>半埋伏歯,インプラントなど |

※カルテから歯科情報を転記する場合で、上欄の情報が得られないときは、以下の2項目を追加して使用してもよい。

|             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |             |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| 歯牙あり(状態は不明) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 歯牙あり(状態は不明) |
| 情報なし        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 情報なし        |

自由記載欄(X線写真・口腔内写真・模型などの有無, 咬合関係, 半埋伏歯,インプラントなどの特徴的な治療, 義歯の種類・特徴, 歯列矯正など)

# 歯科情報登録シート(歯科医院からのデータ提供) 第1面

## 簡易

### ■患者情報

| 患者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

記入日

(カナ氏名)  
患者氏名

住所

郵便番号

電話番号

最終来院日

| 年号 |   | 年 月 日 |   |   |
|----|---|-------|---|---|
|    |   | 年     | 月 | 日 |
| 平成 | 0 |       |   |   |
|    | 1 |       |   |   |
| 昭和 | 2 |       |   |   |
|    | 3 |       |   |   |
| 大正 | 4 |       |   |   |
|    | 5 |       |   |   |
| 明治 | 6 |       |   |   |
|    | 7 |       |   |   |
|    | 8 |       |   |   |
|    | 9 |       |   |   |

生年月日

| 年号 |   | 年 月 日 |   |   |
|----|---|-------|---|---|
|    |   | 年     | 月 | 日 |
| 平成 | 0 |       |   |   |
|    | 1 |       |   |   |
| 昭和 | 2 |       |   |   |
|    | 3 |       |   |   |
| 大正 | 4 |       |   |   |
|    | 5 |       |   |   |
| 明治 | 6 |       |   |   |
|    | 7 |       |   |   |
|    | 8 |       |   |   |
|    | 9 |       |   |   |

性別

|   |                          |
|---|--------------------------|
| 男 | <input type="checkbox"/> |
| 女 | <input type="checkbox"/> |

### ■保険情報

保険者番号

続柄

記号

番号

### ■医療機関情報

| 医療機関番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

医療機関名称

医療機関所在地

郵便番号

電話番号

備考

# 歯科情報登録シート(遺体情報)

## 第2面

各歯について当てはまるすべての項目にマークして下さい

E D C B A A B C D E

遺体番号

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

| 健全歯             |                      |           |     | 健全歯                  |           |     |      |
|-----------------|----------------------|-----------|-----|----------------------|-----------|-----|------|
| C1-C3(治療中を含む)   |                      |           |     | C1-C3(治療中を含む)        |           |     |      |
| 半埋伏歯・埋伏(分かる範囲で) |                      |           |     | 半埋伏歯・埋伏(分かる範囲で)      |           |     |      |
| 部分修復            | CR充填,セメント充填ほか        | インレー,アンレー | 金属色 | CR充填,セメント充填ほか        | インレー,アンレー | 金属色 | 部分修復 |
|                 | 3/4,4/5冠             | 歯冠色       |     | 歯冠色                  | 3/4,4/5冠  |     |      |
|                 | アマルガム充填              |           |     | アマルガム充填              |           |     |      |
|                 | 窩洞の形態<br>(金属修復物のみ記入) |           |     | 窩洞の形態<br>(金属修復物のみ記入) |           |     |      |
| 全部修復            | 全部歯冠修復(FMCほか)        |           |     | 全部歯冠修復(FMCほか)        |           |     | 全部修復 |
|                 | 前装冠(HR,MBほか)         |           |     | 前装冠(HR,MBほか)         |           |     |      |
|                 | HJC,セラミックほか          |           |     | HJC,セラミックほか          |           |     |      |
| Br              | 支台歯(インプラントも可)        |           |     | 支台歯(インプラントも可)        |           |     | Br   |
|                 | ボンティック               |           |     | ボンティック               |           |     |      |
| 残根・根面板ほか        |                      |           |     | 残根・根面板ほか             |           |     |      |
| 欠損(生前より歯牙なし)    |                      |           |     | 欠損(生前より歯牙なし)         |           |     |      |
| 死後脱落の疑い         |                      |           |     | 死後脱落の疑い              |           |     |      |
| 義歯(人工歯あり)       |                      |           |     | 義歯(人工歯あり)            |           |     |      |
| インプラント          |                      |           |     | インプラント               |           |     |      |
| 仮歯(TEK,プロビほか)あり |                      |           |     | 仮歯(TEK,プロビほか)あり      |           |     |      |

※当該部位が未発見の場合など

|      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 情報なし | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 情報なし |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|

E D C B A A B C D E

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

| 健全歯             |                      |           |     | 健全歯                  |           |     |      |
|-----------------|----------------------|-----------|-----|----------------------|-----------|-----|------|
| C1-C3(治療中を含む)   |                      |           |     | C1-C3(治療中を含む)        |           |     |      |
| 半埋伏歯・埋伏(分かる範囲で) |                      |           |     | 半埋伏歯・埋伏(分かる範囲で)      |           |     |      |
| 部分修復            | CR充填,セメント充填ほか        | インレー,アンレー | 金属色 | CR充填,セメント充填ほか        | インレー,アンレー | 金属色 | 部分修復 |
|                 | 3/4,4/5冠             | 歯冠色       |     | 歯冠色                  | 3/4,4/5冠  |     |      |
|                 | アマルガム充填              |           |     | アマルガム充填              |           |     |      |
|                 | 窩洞の形態<br>(金属修復物のみ記入) |           |     | 窩洞の形態<br>(金属修復物のみ記入) |           |     |      |
| 全部修復            | 全部歯冠修復(FMCほか)        |           |     | 全部歯冠修復(FMCほか)        |           |     | 全部修復 |
|                 | 前装冠(HR,MBほか)         |           |     | 前装冠(HR,MBほか)         |           |     |      |
|                 | HJC,セラミックほか          |           |     | HJC,セラミックほか          |           |     |      |
| Br              | 支台歯(インプラントも可)        |           |     | 支台歯(インプラントも可)        |           |     | Br   |
|                 | ボンティック               |           |     | ボンティック               |           |     |      |
| 残根・根面板ほか        |                      |           |     | 残根・根面板ほか             |           |     |      |
| 欠損(生前より歯牙なし)    |                      |           |     | 欠損(生前より歯牙なし)         |           |     |      |
| 死後脱落の疑い         |                      |           |     | 死後脱落の疑い              |           |     |      |
| 義歯(人工歯あり)       |                      |           |     | 義歯(人工歯あり)            |           |     |      |
| インプラント          |                      |           |     | インプラント               |           |     |      |
| 仮歯(TEK,プロビほか)あり |                      |           |     | 仮歯(TEK,プロビほか)あり      |           |     |      |

※当該部位が未発見の場合など

|      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 情報なし | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 情報なし |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|

自由記載欄(X線写真・口腔内写真・模型などの有無,咬合関係,特徴的な治療,義歯の種類・特徴,歯列矯正など)

# 歯科情報登録シート(遺体情報)

## 第1面

記入日

### ■ 遺体情報

遺体番号

| 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

事件名  
(事案名)

発生(発見)場所・住所

郵便番号

電話番号

性別

|    |  |
|----|--|
| 男  |  |
| 女  |  |
| 不明 |  |

推定年齢

|       |  |
|-------|--|
| 10代以下 |  |
| 20代   |  |
| 30代   |  |
| 40代   |  |
| 50代   |  |
| 60代   |  |
| 70代   |  |
| 80代以上 |  |
| 不明    |  |

※重複記入可

発生(発見)年月日

| 年号 |   | 年 月 日 |  |  |
|----|---|-------|--|--|
|    |   |       |  |  |
| 平成 | 0 |       |  |  |
|    | 1 |       |  |  |
|    | 2 |       |  |  |
|    | 3 |       |  |  |
|    | 4 |       |  |  |
|    | 5 |       |  |  |
|    | 6 |       |  |  |
|    | 7 |       |  |  |
|    | 8 |       |  |  |
|    | 9 |       |  |  |

### ■ 検死情報

日時 年 月 日 午前・午後 時 分(開始時間)～ 時 分(終了時間)

歯科医師  
氏名

歯科医師  
氏名

立ち合い  
警察官氏名

### ■ 所轄情報

所轄警察署コード

| 0 |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |

検案所コード

| 0 |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |

※必要な場合に使用

所轄警察署名(検案所名)

備考

# 歯科情報登録シート(遺体情報)

# 第2面

各歯について当てはまるすべての項目にマークして下さい

## 簡易

E D C B A A B C D E

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

遺体番号

|                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 健全歯                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 健全歯                             |
| C1-C3(治療中を含む)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C1-C3(治療中を含む)                   |
| 部分修復(金属色)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 部分修復(金属色)                       |
| 部分修復(歯冠色)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 部分修復(歯冠色)                       |
| 全部修復(金属を使用)<br>FMC,HR,MBほか      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 全部修復(金属を使用)<br>FMC,HR,MBほか      |
| 全部修復(金属を使用しない)<br>HJC,セラミックほか   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 全部修復(金属を使用しない)<br>HJC,セラミックほか   |
| 残根・根面板ほか                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 残根・根面板ほか                        |
| 欠損(生前より歯牙なし)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 欠損(生前より歯牙なし)                    |
| 死後脱落の疑い                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 死後脱落の疑い                         |
| その他(詳細は自由記載欄へ)<br>半埋伏歯,インプラントなど | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他(詳細は自由記載欄へ)<br>半埋伏歯,インプラントなど |

※当該部位が未発見の場合など

|      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 情報なし | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 情報なし |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|

E D C B A A B C D E

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

|                                 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                 |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 健全歯                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 健全歯                             |
| C1-C3(治療中を含む)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | C1-C3(治療中を含む)                   |
| 部分修復(金属色)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 部分修復(金属色)                       |
| 部分修復(歯冠色)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 部分修復(歯冠色)                       |
| 全部修復(金属を使用)<br>FMC,HR,MBほか      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 全部修復(金属を使用)<br>FMC,HR,MBほか      |
| 全部修復(金属を使用しない)<br>HJC,セラミックほか   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 全部修復(金属を使用しない)<br>HJC,セラミックほか   |
| 残根・根面板ほか                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 残根・根面板ほか                        |
| 欠損(生前より歯牙なし)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 欠損(生前より歯牙なし)                    |
| 死後脱落の疑い                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 死後脱落の疑い                         |
| その他(詳細は自由記載欄へ)<br>半埋伏歯,インプラントなど | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他(詳細は自由記載欄へ)<br>半埋伏歯,インプラントなど |

※当該部位が未発見の場合など

|      |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 情報なし | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 情報なし |
|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|

自由記載欄(X線写真・口腔内写真・模型などの有無, 咬合関係, 半埋伏歯,インプラントなどの特徴的な治療, 義歯の種類・特徴, 歯列矯正など)

簡易

記入日

■ 遺体情報

| 遺体番号 |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 0    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

事件名 (事案名)

発生(発見)場所・住所  
郵便番号

電話番号 (  )

性別

男

女

不明

推定年齢

10代以下

20代

30代

40代

50代

60代

70代

80代以上

不明

※重複記入可

発生(発見)年月日

| 年号 | 年                    |                      |                      | 月                    |                      |                      | 日                    |                      |                      |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 平成 | 0                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 1                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 2                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 3                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 4                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 5                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 6                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 7                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 8                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|    | 9                    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

■ 検死情報

日時 年 月 日 午前・午後 時 分(開始時間) ~ 時 分(終了時間)

歯科医師 氏名  歯科医師 氏名  立ち合い 警察官氏名

■ 所轄情報

所轄警察署コード

|   |                      |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 0 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

検案所コード

|   |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 0 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

所轄警察署名(検案所名)

※必要な場合に使用

備考