

歯科疾患実態調査票

(平成23年11月調査)


都道府県 _____ 市区町村 _____
保健所 _____

調査日 平成23年11月__日

統計法に基づく
一般統計調査

秘

地区番号	単位区番号	世帯番号	世帯員番号	市郡	1. 13大都市	2. 人口15万以上の市
					3. 人口5~15万未満の市	4. 人口5万未満の市
					5. 町村	
(1) 調査参加の有無		1. 有 2. 無		(2) 性別		1. 男 2. 女
(3) 生年月日		1. 平 2. 昭 3. 大 4. 明 年 月 日				
(4) 歯ブラシの使用状況 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						
(5) フッ化物の塗布状況(14歳まで) 受けたことがある(1. 市町村保健センター等 2. その他の医療機関) 3. 受けたことがない 4. わからない						
(6) 今現在、インプラント(人工歯根)が入っていますか(15歳以上の者) (1. はい 2. いいえ 3. わからない・不明)						
(7) 顎関節の異常(15歳以上の者)						
・ 口を大きく開け閉めした時、あごの音がしますか (1. はい 2. いいえ)						
・ 口を大きく開け閉めした時、あごの痛みがありますか (1. はい 2. いいえ)						

(8) 歯の状況												(9) 補綴の状況															
永久歯												上顎															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8												
かみあわせ (右) 乳歯 E D C B A A B C D E (左) 永久歯												かみあわせ (左) 永久歯															
永久歯												下顎															

(10) 歯肉の状況(永久歯列)						(11) 歯列・咬合の状況(12~20歳の者)					
7] 又は 6] 1] 6] 又は 7]						① 歯列の叢生・空隙 <input type="checkbox"/>					
上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/>						② オーバージェット・オーバーバイト <input type="checkbox"/>					
7] 又は 6] 1] 6] 又は 7]						③ 正中のずれ <input type="checkbox"/>					

(以下は厚生労働省記入欄)

I												上: 下	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8												II 架工義歯	
E D C B A A B C D E												III 部分床義歯	
E D C B A A B C D E												IV 全部床義歯	
8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8												V 補綴歯数	
												VI 要補綴物数	
												VII 要補綴歯数	
IX 乳歯むし歯の分類(1~4歳以下)												VIII 喪失歯およびその補綴状況(15歳以上)	
1. むし歯のない者												1. 補綴完了のもの	
2. A型(上顎前歯のみまたは臼歯のむし歯)												2. 一部補綴をしているもの	
3. B型(上顎前歯および臼歯のむし歯)												3. 補綴をしていないもの	
4. C1型(下顎前歯のみのむし歯)												4. 喪失歯なし	
5. C2型(下顎前歯を含むむし歯)												XII かみあわせ	
X 歯肉の状況												① 右側 <input type="checkbox"/>	
上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/>												② 左側 <input type="checkbox"/>	
XI 歯列・咬合の状況													
① 叢生・空隙 <input type="checkbox"/>													
② オーバージェット・バイト <input type="checkbox"/>													
③ 正中のずれ <input type="checkbox"/>													

記入にあたり用いる符号: 1. (1) 健全歯 0: / (2) 健全歯 t: / t 2. 処置歯 (1) 充てん歯: F (2) 金属冠: K 3. 未処置歯: Ci, Ch 4. 喪失歯 × 5. 補綴の状況: (8)の図に記入し、全部床義歯 Fu、部分床義歯はP、架工義歯はB、インプラントはIm、クラスプはClの記号をつける