

1. 「人材の育成」について
2. 「施設等の整備」について

1. 「人材の育成」について

- (1) 歯科医師会と警察による合同研修会の実施
- (2) 歯科大学(歯学部)の歯科法医学講座を拠点とした災害歯科コーディネーターの養成
- (3) 歯科法医学講座の新規開設および教育体制の整備

(1) 全国統一のワークフローに基づく、さらに身元確認の高度化に対応するための、歯科医師会と警察による合同研修会の実施に係る財政措置

- デンタルチャートの採取、口腔内写真撮影、X線撮影について、現場の作業手順に基づき訓練を実施する必要がある。
- 照合検索ソフトを活用し、死後記録と生前記録を試験的に入力して 検索するデモンストレーションを実施し、多数の身元不明遺体が発生する事態に備える。

(2) 歯科大学(歯学部)の歯科法医学講座を拠点とした、災害歯科コーディネーターの養成に係る財政措置

- 大規模災害時等における歯科所見による個人識別については、平時に業務を行っている歯科法医学の関係者だけでは対応が困難。東日本大震災においても、殆どは一般の開業歯科医が業務を担った。
- 被災地では何十か所も検案所が設置されることから、検案医および警察担当者と連携して現場の中心となるような、本分野の災害歯科コーディネーターを、相当数養成する必要がある。

(3) 歯科大学(歯学部)における、歯科法医学講座の新規開設および教育体制の整備

- 全国の29歯科大学(歯学部)の中で、歯科法医学講座を有するのは7大学のみであり、さらに首都圏に集中し西日本には1カ所もないのが現状で、偏在の解消が必要である。
- 南海トラフの被害想定から勘案しても、歯科法医学講座の新設が急務である。(歯学部を有する国立大学11校の内、7校が大阪以西にあるが、何れも歯科法医学講座がない。)
- 現在ある歯科法医学講座に所属する常勤教員等は、全国で20名程度に過ぎず、その意味からも歯科法医学の教育体制は極めて脆弱であり、教員数の増強等に係る財政措置が必要である。

2. 施設等の整備について

- (1) 資機材の整備について
- (2) 災害発生後の歯科情報収集システムの
確立について
- (3) データベースの構築について

(1) 資機材の整備について

- 身元確認の高度化に資するために、検案所における歯科所見の採取(デンタルチャート記載・口腔内写真撮影・歯科X線撮影)に使用する資機材の整備に係る財政措置が必要。
- 今後起こり得る大規模災害時に備えるためにも、生前情報と死後情報との照合により「絞り込み」を行う、照合検索システムの導入が急務。

宮城県における大震災身元確認ワークフロー および身元確認支援システム

歯科医院などから(行方不明者情報)



生前カルテからデンタルチャートへの変換



生前歯科X線画像デジタルスキャン

検案所での収集
(遺体情報)



歯科記録用紙

歯科記録
(デンタル
チャートほか)



口腔内写真



ご遺体

防水・防塵・耐衝撃
デジタルカメラ(リコーG700)

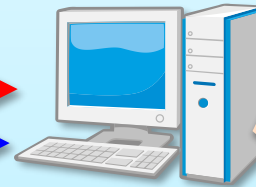


歯科X線画像

ポータブル歯科X線撮影装置
(デキシコADX4000)

宮城県警察本部

身元確認支援
サーバー



CPU: Core i7 3.46GHz
6コア12並列
Memory: 24GB (DDR3)
SSD: 256GB SATA (OS用)
HDD: 2TB SATA (画像用)

生前-死後
対応候補リスト

歯科医師の鑑定
(異同識別)

警察による確定
(顔貌・着衣・所持品・指掌紋・DNA等を総合)

Dental Finder

デンタルチャート
照合システム

生前→死後検索
死後→生前検索

生前・死後データベース

(X線画像, 口腔内写真,
その他の各種資料)

歯科X線画像
照合システム
(MATLABプログラム)
※今後運用予定

遺体情報収集機材のパッケージ化と運用へ

- ①デンタルチャート, ②防水・防塵・耐衝撃カメラ, ③ポータブルX線



(2) 災害発生時の歯科情報収集システムの確立について

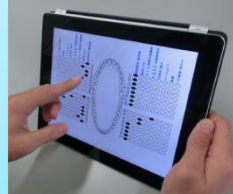
- 発災後に歯科医師の協力の下に、警察が生前歯科情報を人海戦術で収集するのには限界があり、例えば数千体、数万体の身元不明遺体が発生するような状況に対応するためには、歯科情報の標準化および収集システムの確立が急務。
- 具体的には、統一マークシートから読み取りデータ化する方法、タブレット端末などから登録する方法、電子カルテに新たな機能を付与して登録する方法、などによる歯科情報の収集システムを構築するための財政措置が必要。

歯科情報収集の流れ

登録には2種類のケースが存在

- ① 対象者の口腔内所見から、直接、マークシートを記入する場合
- ② 行方不明者のカルテをもとに、所見をマークシートに転記する場合

マークシートの代わりにタブレット端末などに介した登録も可能



歯科情報登録シート(歯科医院からのデータ提供) 第2面

患者氏名	性別	年齢	診療科目	担当医師	受付日時	診療内容	処置内容	経過	備考
山田 太郎	男	24	歯内科	山田 太郎	2024年08月28日	歯内科	根管治療	経過良好	
山田 太郎	男	24	歯内科	山田 太郎	2024年08月28日	歯内科	根管治療	経過良好	

記入済み
マークシート

歯科情報登録担当者
(各県歯科医師会・歯科大学ほか)

マークシートを読み取り、
標準デジタルデータへ変換



標準デジタルデータ

歯科情報提供機能を有する
電子カルテによる登録の流れ



マークシート
印刷

歯科情報登録シート(歯科医院からのデータ提供) 第2面

患者氏名	性別	年齢	診療科目	担当医師	受付日時	診療内容	処置内容	経過	備考
山田 太郎	男	24	歯内科	山田 太郎	2024年08月28日	歯内科	根管治療	経過良好	
山田 太郎	男	24	歯内科	山田 太郎	2024年08月28日	歯内科	根管治療	経過良好	

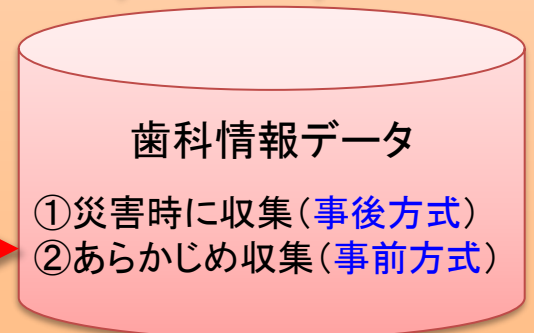
必要に応じて
追記・修正

記入済み
マークシート

標準デジタル
データ

「マークシートの印刷」と「標準デジタルデータの出力」の両方が可能
(患者ごとに選択可)

標準デジタル
データ



ご遺体から収集した資料の例

歯の状態を5分類

- 1: 健全歯・残存歯
- 2: 部分修復
- 3: 全部修復
- 4: 欠損
- 5: 情報なし

歯科記録用紙

番号 523

遺体状況
 上下顎有り (完全)
 上顎のみ 部分
 下顎のみ (部位)

□ 腔内状況 (永久歯列)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>健全歯</td><td>1</td></tr> <tr><td>健全歯</td><td>2</td></tr> <tr><td>健全歯</td><td>3</td></tr> <tr><td>全部鑄造冠</td><td>4</td></tr> <tr><td>アマルガム充填 (○)</td><td>5</td></tr> <tr><td>全部鑄造冠</td><td>6</td></tr> <tr><td>欠損 (欠如) 歯</td><td>7</td></tr> <tr><td>欠損 (欠如) 歯</td><td>8</td></tr> </table> <p>右上顎</p>	健全歯	1	健全歯	2	健全歯	3	全部鑄造冠	4	アマルガム充填 (○)	5	全部鑄造冠	6	欠損 (欠如) 歯	7	欠損 (欠如) 歯	8	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>健全歯</td><td>1</td></tr> <tr><td>健全歯</td><td>2</td></tr> <tr><td>健全歯</td><td>3</td></tr> <tr><td>全部鑄造冠</td><td>4</td></tr> <tr><td>メタルインレー (M.O)</td><td>5</td></tr> <tr><td>メタルインレー (OP)</td><td>6</td></tr> <tr><td>レジン充填</td><td>7</td></tr> <tr><td>欠損 (欠如) 歯</td><td>8</td></tr> </table> <p>左上顎</p>	健全歯	1	健全歯	2	健全歯	3	全部鑄造冠	4	メタルインレー (M.O)	5	メタルインレー (OP)	6	レジン充填	7	欠損 (欠如) 歯	8
健全歯	1																																
健全歯	2																																
健全歯	3																																
全部鑄造冠	4																																
アマルガム充填 (○)	5																																
全部鑄造冠	6																																
欠損 (欠如) 歯	7																																
欠損 (欠如) 歯	8																																
健全歯	1																																
健全歯	2																																
健全歯	3																																
全部鑄造冠	4																																
メタルインレー (M.O)	5																																
メタルインレー (OP)	6																																
レジン充填	7																																
欠損 (欠如) 歯	8																																

右下顎

欠損 (欠如) 歯	8
全部鑄造冠	7
全部鑄造冠	6
欠損 (ポンティック)	5
全部鑄造冠	4
健全歯	3
健全歯	2
健全歯	1

左下顎

欠損 (欠如) 歯	8
欠損 (部分床義歯)	7
欠損 (部分床義歯)	6
欠損 (部分床義歯)	5
レジン充填 (OP)	4
健全歯	3
健全歯	2
死後脱落の疑い	1

34
 マメ歯鉤 (アヤヤー)
 直ロレスト

□ 腔内所見

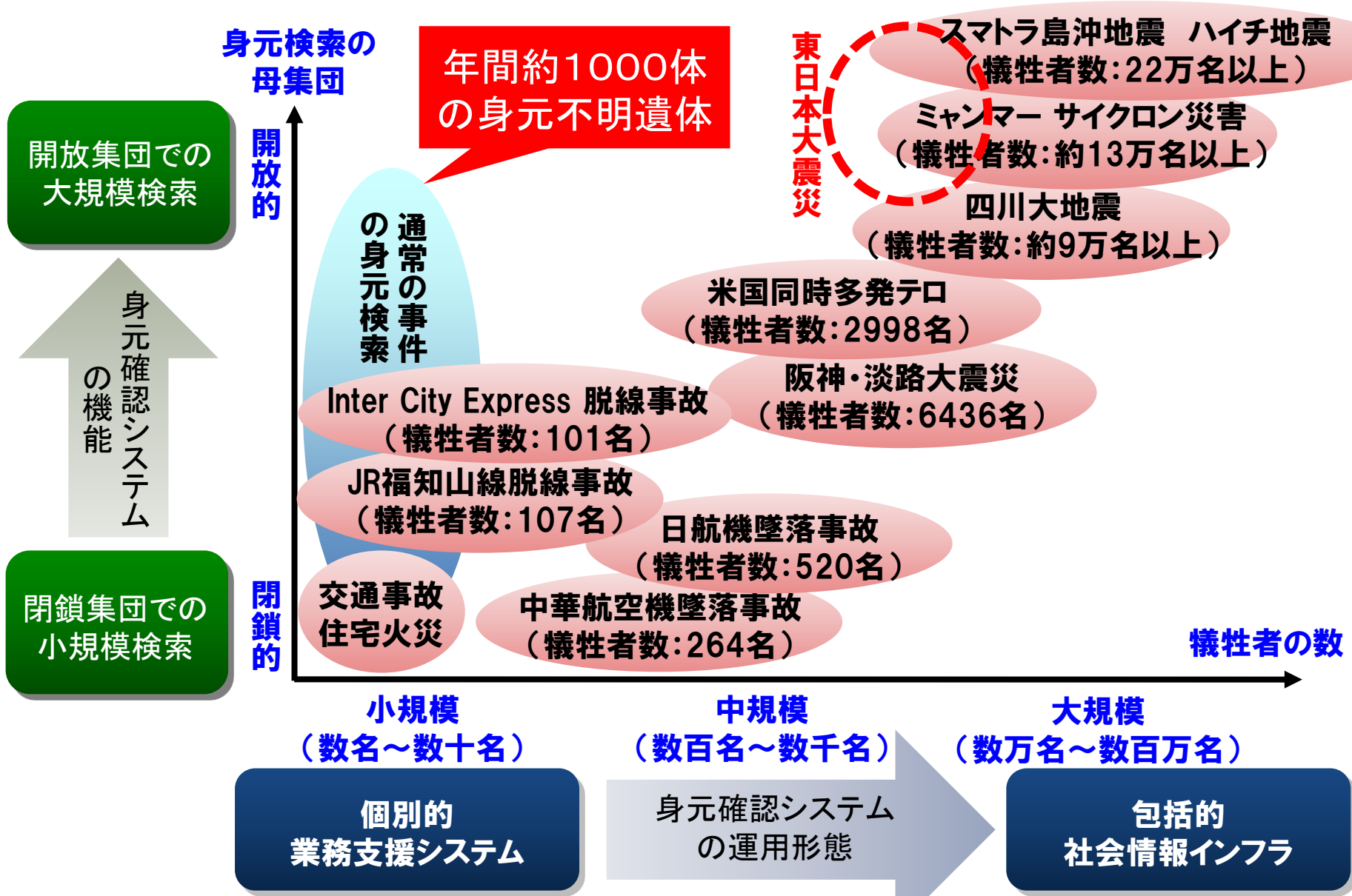
位置、歯数異常 <input type="checkbox"/> 埋伏歯 <input type="checkbox"/> 転位歯 <input type="checkbox"/> 傾斜歯 <input type="checkbox"/> 過剰歯 <input type="checkbox"/> 捻転歯 <input type="checkbox"/> 歯間離開 <input type="checkbox"/> その他 部位	形態異常 <input type="checkbox"/> 彎曲歯 <input type="checkbox"/> 癒合歯 <input type="checkbox"/> 矮小歯 <input type="checkbox"/> 円錐歯 <input type="checkbox"/> 發育不全歯 <input type="checkbox"/> その他 部位	咬合関係 <input type="checkbox"/> 正常または上顎前突 <input type="checkbox"/> 切端咬合 <input type="checkbox"/> 反対咬合 <input type="checkbox"/> 交叉咬合 (左・右) <input type="checkbox"/> その他・不明	□ 腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 判断不可 歯石沈着 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 判断不可 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 色素沈着 部位	写真撮影 <input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済 整理番号 印象採得 <input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済 整理番号	X線写真撮影 <input type="checkbox"/> 未 <input checked="" type="checkbox"/> 済 整理番号 X線写真撮影部位 計 2 / 枚 87654321 12345678 87654321 12345678
--	--	--	--	--	---

その他の所見
 11 近接に隅角部破折あり

(3) データベースの構築について

- 平成24年7月の死因究明制度に関するワーキングチームの検討結果の「身元確認の高度化」の部分に、「現在、警察において行っている身元不明死体の情報と行方不明者の情報との対照の仕組みに、DNA型や歯科所見の情報を付加することによる身元確認の高度化について検討を進めている。」と明記されている。これを直ちに実施に移すべき。
- 本会議の検討項目に、「身元確認に係るデータベースの整備について」がある。(死因究明等の推進に関する法律第6条第1項第7号関係)また、平成24年8月の日本法医学会「死因究明二法に関する提言」に、「生前の歯科所見のデータベース化の推進がより一層強く望まれる。」とある。例えば、新たに設置される死因究明機関に、データベース化に伴う設備や人員を設置するなどについて、本検討会において、データベース化に向けた具体的な方向性を示すべき。

身元確認を支援するシステムの適用範囲



(東北大学・青木孝文副学長より資料提供)

歯科医院からのデータ提供(標準プロファイル)

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									

最終来院日		
年号	年	月 日
平成	0	
	1	
昭和	2	
	3	
大正	4	
	5	
明治	6	
	7	
	8	
	9	

■保険情報

保険者番号

記号

■医療機関情報

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

備考

記入日

(カナ氏名)
患者氏名

住所

郵便番号

電話番号 ()

生年月日

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

性別 男 女

続柄

番号

医療機関名称

医療機関所在地

郵便番号

電話番号 ()

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							
	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"/>	<input type="checkbox"/>
う蝕あり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"/>	<input type="checkbox"/>
残根・根面被ばか	<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"/>	<input type="checkbox"/>
半埋伏歯	<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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
部分修復	CR充填,セメント充填ほか	<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"/>
	インレー,アンレー,3/4,4/5冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	金風色 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"/>
	アマルガム充填	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高洞の形態 (金風修復物のみ記入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	全部歯冠修復(FMC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"/>
	前装冠(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"/>
	HIC,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"/>
装置	人工歯あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	支台歯(インプラントも可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ボンテック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	インプラントあり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仮歯(TEK,プロビほか)あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

※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)	歯牙あり(状態は不明)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情報なし	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"/>	<input type="checkbox"/>
う蝕あり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"/>	<input type="checkbox"/>
残根・根面被ばか	<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"/>	<input type="checkbox"/>
半埋伏歯	<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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
部分修復	CR充填,セメント充填ほか	<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"/>
	インレー,アンレー,3/4,4/5冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	金風色 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"/>
	アマルガム充填	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高洞の形態 (金風修復物のみ記入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	全部歯冠修復(FMC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"/>
	前装冠(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"/>
	HIC,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"/>
装置	人工歯あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	支台歯(インプラントも可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ボンテック	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	インプラントあり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
仮歯(TEK,プロビほか)あり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

身元確認に用いられる生体特徴

	遺体損傷 に対する 耐性	精度	コスト	時間	生前データ ベースの 受容性
顔	×	△	◎	◎	△
指紋・掌紋	×	◎	○	○	×
歯	◎	◎	○	○	◎
DNA	◎	◎	△	△	×