

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 レー,3/4,4/5冠	金属色 歯冠色											インレー,アン レー,3/4,4/5冠	金属色 歯冠色										
		アマルガム充填												アマルガム充填										
	窩洞の形態 (金属修復物のみ記入)												窩洞の形態 (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												

※カル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)													歯牙あり(状態は不明)
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												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 レー,3/4,4/5冠	金属色 歯冠色											インレー,アン レー,3/4,4/5冠	金属色 歯冠色										
		アマルガム充填												アマルガム充填										
	窩洞の形態 (金属修復物のみ記入)												窩洞の形態 (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												

※カル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)													歯牙あり(状態は不明)
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)

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"/>	健全歯														
C1-C3(治療中を含む)	<input type="checkbox"/>	C1-C3(治療中を含む)														
部分修復(金属色)	<input type="checkbox"/>	部分修復(金属色)														
部分修復(歯冠色)	<input type="checkbox"/>	部分修復(歯冠色)														
全部修復(金属を使用) FMC,HR,MBほか	<input type="checkbox"/>	全部修復(金属を使用) FMC,HR,MBほか														
全部修復(金属を使用しない) HJC,セラミックほか	<input type="checkbox"/>	全部修復(金属を使用しない) HJC,セラミックほか														
残根・根面板ほか	<input type="checkbox"/>	残根・根面板ほか														
欠損	<input type="checkbox"/>	欠損														
その他(詳細は自由記載欄へ) 半埋伏歯,インプラントなど	<input type="checkbox"/>	その他(詳細は自由記載欄へ) 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"/>	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	<input type="checkbox"/>	健全歯														
C1-C3(治療中を含む)	<input type="checkbox"/>	C1-C3(治療中を含む)														
部分修復(金属色)	<input type="checkbox"/>	部分修復(金属色)														
部分修復(歯冠色)	<input type="checkbox"/>	部分修復(歯冠色)														
全部修復(金属を使用) FMC,HR,MBほか	<input type="checkbox"/>	全部修復(金属を使用) FMC,HR,MBほか														
全部修復(金属を使用しない) HJC,セラミックほか	<input type="checkbox"/>	全部修復(金属を使用しない) HJC,セラミックほか														
残根・根面板ほか	<input type="checkbox"/>	残根・根面板ほか														
欠損	<input type="checkbox"/>	欠損														
その他(詳細は自由記載欄へ) 半埋伏歯,インプラントなど	<input type="checkbox"/>	その他(詳細は自由記載欄へ) 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"/>	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, 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1面

記入日

■ 遺体情報

遺体番号

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

推定年齢

10代以下	<input type="text"/>
20代	<input type="text"/>
30代	<input type="text"/>
40代	<input type="text"/>
50代	<input type="text"/>
60代	<input type="text"/>
70代	<input type="text"/>
80代以上	<input type="text"/>
不明	<input type="text"/>

※重複記入可

発生(発見)年月日

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

検案所コード

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

※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"/>	健全歯														
C1-C3(治療中を含む)	<input type="checkbox"/>	C1-C3(治療中を含む)														
部分修復(金属色)	<input type="checkbox"/>	部分修復(金属色)														
部分修復(歯冠色)	<input type="checkbox"/>	部分修復(歯冠色)														
全部修復(金属を使用) FMC,HR,MBほか	<input type="checkbox"/>	全部修復(金属を使用) FMC,HR,MBほか														
全部修復(金属を使用しない) HJC,セラミックほか	<input type="checkbox"/>	全部修復(金属を使用しない) HJC,セラミックほか														
残根・根面板ほか	<input type="checkbox"/>	残根・根面板ほか														
欠損(生前より歯牙なし)	<input type="checkbox"/>	欠損(生前より歯牙なし)														
死後脱落の疑い	<input type="checkbox"/>	死後脱落の疑い														
その他(詳細は自由記載欄へ) 半埋伏歯,インプラントなど	<input type="checkbox"/>	その他(詳細は自由記載欄へ) 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"/>	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"/>	健全歯														
C1-C3(治療中を含む)	<input type="checkbox"/>	C1-C3(治療中を含む)														
部分修復(金属色)	<input type="checkbox"/>	部分修復(金属色)														
部分修復(歯冠色)	<input type="checkbox"/>	部分修復(歯冠色)														
全部修復(金属を使用) FMC,HR,MBほか	<input type="checkbox"/>	全部修復(金属を使用) FMC,HR,MBほか														
全部修復(金属を使用しない) HJC,セラミックほか	<input type="checkbox"/>	全部修復(金属を使用しない) HJC,セラミックほか														
残根・根面板ほか	<input type="checkbox"/>	残根・根面板ほか														
欠損(生前より歯牙なし)	<input type="checkbox"/>	欠損(生前より歯牙なし)														
死後脱落の疑い	<input type="checkbox"/>	死後脱落の疑い														
その他(詳細は自由記載欄へ) 半埋伏歯,インプラントなど	<input type="checkbox"/>	その他(詳細は自由記載欄へ) 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"/>	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"/>								
1	<input type="text"/>								
2	<input type="text"/>								
3	<input type="text"/>								
4	<input type="text"/>								
5	<input type="text"/>								
6	<input type="text"/>								
7	<input type="text"/>								
8	<input type="text"/>								
9	<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"/>								
平成	0	<input type="text"/>							
	1	<input type="text"/>							
	2	<input type="text"/>							
	3	<input type="text"/>							
	4	<input type="text"/>							
	5	<input type="text"/>							
	6	<input type="text"/>							
	7	<input type="text"/>							
	8	<input type="text"/>							
	9	<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"/>				
1	<input type="text"/>				
2	<input type="text"/>				
3	<input type="text"/>				
4	<input type="text"/>				
5	<input type="text"/>				
6	<input type="text"/>				
7	<input type="text"/>				
8	<input type="text"/>				
9	<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