



統計法に基づく国の統計
調査です。調査票情報の
秘密の保護に万全を期し
ます。

歯科疾患実態調査票
(令和6年10月・11月調査)

地区					市郡	
番号					番号	

世帯			世帯員		
番号			番号		

調査日	令和6年	月	日
都道府県			
保健所			

(1) 性別		1. 男		2. 女		(2) 生年月日 (西暦)		年		月		日	
--------	--	------	--	------	--	---------------	--	---	--	---	--	---	--

(以下の(3)～(6)について、あてはまる番号に○をつけてください。)

(3) 歯や口の状態について気になることはありますか？
1. ない 2. ある
(3-1) (3)で「2.ある」と回答した方に伺います。
気になることとして当てはまるものはどれですか？(複数回答可)
歯の症状 → [1. 痛い 2. 冷たいものや熱いものがしみる]
歯ぐきの症状 → [3. 痛い 4. はれている 5. 歯をみがくと血が出る]
口の機能 → [6. 噛めないものがある 7. 飲み込みにくい 8. 口がかわく]
その他 → [9. 口臭がある 10. ものがよくはさまる 11. その他]

(4) 歯をみがく頻度はどれくらいですか？(歯が全くない人は回答不要です。)
毎日みがく (1. 1回 2. 2回 3. 3回以上) 4. ときどきみがく 5. みがかない

(5) (歯ブラシを用いた歯みがきに加えて、)以下の歯や口の清掃を行っていますか？(複数回答可)
1. デンタルフロスや歯間ブラシを使って、歯と歯の間を清掃している
2. 舌を清掃している
3. 行っていない

(6) あなたはこの1年間に歯科検診(健診)を受けましたか？(本調査は含みません。)
1. 受けた 2. 受けていない
(6-1) (6)で「1.受けた」と回答した方に伺います。
どのような歯科検診(健診)を受けましたか？(複数回答可)
1. (かかりつけ) 歯科医院での定期的な検診(健診) 2. 自治体(市町村など)の検診(健診)
3. 学校健診 4. 職場検診(健診) 5. その他

(以下は問診・診査時に調査員が記入すること)

(7) フッ化物応用の経験の有無 (複数回答可)
1. フッ化物塗布 2. フッ化物洗口 3. フッ化物配合歯磨剤の使用 4. ない 5. わからない

(8) 矯正歯科治療の経験の有無 (3歳以上の者)
1. 現在、治療を受けている 2. 過去に治療を受けたことがある 3. 今後、治療を受ける予定がある 4. ない

(9) 歯・補綴の状況

上顎 永久歯	【歯の状況】 健全歯: / 白濁・白斑・着色歯 ① 未処置歯: C (歯冠部のう蝕) : R (根面部のう蝕) : RC (歯冠部+根面部のう蝕) 処置歯: O (充填・クラウン・ブリッジ支台) 喪失歯: △ (要補綴歯) 喪失歯: ◯ (義歯・ボンテック・インプラント) ※先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入															
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
永久歯 下顎	【補綴の状況】 補綴部の範囲と記号を記載 全部床義歯: FD 部分床義歯: PD 架工義歯: Br インプラント: Im (埋入部に記載)															
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

(10) 歯肉の状況(永久歯列)

7・6		1		6・7	
BOP					
PD					
PD					
BOP					
7・6		1		6・7	

①歯周ポケット(PD)

0: 4mm未満
1: 4mm以上6mm未満
2: 6mm以上
9: 除外歯
X: 該当歯なし

②歯肉出血(BOP)

0: 出血なし
1: 出血あり
9: 除外歯
X: 該当歯なし
※歯石がある場合は数字に○