

別紙様式 1

高齢者 歯科健康診査票

(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)																			
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月																	
住 所	〒 — — — — — — — — — — Tel — — — — — — — — — —																			
健 康 記 録																				
1. 歯の状態			健診年月日 (年 月 日)																	
上 顎	<table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																			健全歯 本
(右) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (左)				未処置歯 本																
下 顎	<table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																			処置歯 本
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">健全歯</td><td style="width: 5%;">／</td> <td style="width: 25%;">未処置歯</td><td style="width: 5%;">C</td> <td style="width: 25%;">欠損歯</td><td style="width: 5%;">×</td> <td style="width: 25%;">処置歯</td><td style="width: 5%;">○</td> <td style="width: 25%;">欠損補綴歯</td><td style="width: 5%;">△</td> </tr> </table>				健全歯	／	未処置歯	C	欠損歯	×	処置歯	○	欠損補綴歯	△							
健全歯	／	未処置歯	C	欠損歯	×	処置歯	○	欠損補綴歯	△											
2. RSSTテスト 0～2回 3～5回 6回以上 (いずれかを○で囲んでください)																				
歯 肉 炎	1. 無い又は軽度	2. 中 等 度	3. 重 度																	
清 掃 状 況	1. よ い	2. 中 等 度	3. 悪 い																	
歯石の状況	1. ごく少ない	2. 中 等 度	3. 多 い																	
歯 周 疾 患	1. 無い又は軽度	2. 中 等 度	3. 重 度																	
歯列・咬合 の状況	1. よ い	2. 普 通	3. 悪 い																	
歯を磨いていますか																				
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1. 1日3回以上</td> <td style="width: 33%;">2. 1日2回</td> <td style="width: 33%;">3. 1日1回</td> </tr> <tr> <td>4. ときどき</td> <td colspan="2">5. ほとんど磨かない</td> </tr> </table>				1. 1日3回以上	2. 1日2回	3. 1日1回	4. ときどき	5. ほとんど磨かない												
1. 1日3回以上	2. 1日2回	3. 1日1回																		
4. ときどき	5. ほとんど磨かない																			
歯の健康に気をつけていることはありますか																				
硬い物は好きですか																				
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. は い</td> <td style="width: 50%;">2. いいえ</td> </tr> </table>				1. は い	2. いいえ															
1. は い	2. いいえ																			
郡市区会名	戸畑 歯科医師会																			
担当歯科医院			福岡県歯科医師会																	