

保険者番号	被保険者番号		区分	
氏名	性別	1 男・2 女	生年月日	昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	(〒 - )		電話番号	
	身長	cm	体重	kg

■歯の状況 (喪失歯のうち補綴不要の歯には×を記入、欠損補綴の名称と範囲を歯式の欄外に記入)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

①健全歯数 (/) 本	②未処置歯数 (C) 本	③処置歯数 (O) 本	④現在歯数 (①+②+③) 本
⑤要補綴歯数 (△) 本	⑥欠損補綴歯数 (A) 本	⑦補綴不要の 喪失歯数(×) 本	

義歯の有無 { ⑦上顎 有 (1 総義歯・2 部分義歯・3 他の部位に義歯必要) 無----義歯の必要性 (4 有・5 無)  
 ⑦下顎 有 (1 総義歯・2 部分義歯・3 他の部位に義歯必要) 無----義歯の必要性 (4 有・5 無)

⑧義歯の適合状況 1 良好 2 義歯不適合 3 義歯破損 4 義歯なし  
 ⑨インプラント 1 無 2 有

■歯周組織の状況 (CPI 診査)

17 または 16	11*	26 または 27
出血		出血
ポケット		ポケット
出血		出血
ポケット		ポケット
47 または 46	31*	36 または 37

\* 欠損の場合は反対側同名歯を診査する。

歯肉出血最大値

歯周ポケット最大値 ※9は除外

コード	歯肉出血	歯周ポケット
0	健全	健全
1	出血あり	4~5mm
2		6mm以上
9	除外歯	除外歯
×	該当歯なし	該当歯なし

■⑩口腔乾燥 1 正常 2 軽度~中等度 3 重度

■咬合の状態

現在歯による臼歯部での咬み合わせ

⊕右側 (1 有・2 無)  
 ⊖左側 (1 有・2 無)

義歯装着による臼歯部での咬み合わせ

⊕右側 (1 有・2 無・3 義歯なし)  
 ⊖左側 (1 有・2 無・3 義歯なし)

■⑪歯石付着 1 無 2 軽度 3 中等度以上

■⑫咀嚼能力 咀嚼筋触診 1 良好 2 要注意

■⑬舌機能 挺舌 1 良好 (下唇を超える) 2 要注意 (下唇を超えない)

■⑭嚥下機能 反復唾液嚥下テスト 1 正常 (嚥下3回以上) 2 要注意 (嚥下3回未満)

■⑮粘膜の異常 1 無 2 有

(所見)

■口腔衛生状況

①プラークの付着

1 殆どない 2 中等度 3 多量 4 現在歯なし

②食 渣 1 殆どない 2 中等度 3 多量

③舌 苔 1 殆どない 2 中等度 3 多量

④口 臭 1 殆どない 2 弱い 3 強い

⑤義歯清掃状況

1 良好 2 普通 3 不良 4 義歯なし

■⑯質問票の間15~17の2つ以上に該当 1 無 2 有

■判定区分 (上記健診結果と質問票を合わせて判定)

①問題なし

②要指導

③要精検・要治療

- 1 歯口清掃
- 2 義歯管理
- 3 食事指導
- 4 その他 (特記事項参考)

- 1 歯周疾患
- 2 う蝕
- 3 義歯
- 4 専門的口腔ケア・口腔機能向上
- 5 その他 (特記事項参考)

※①、②、③のいずれか一つに○を付ける。カッコ内は複数回答可。

- ①
- ② — (1, 2, 3, 4)
- ③ — (1, 2, 3, 4, 5)

特記事項

■健診実施医療機関

医療機関コード		医療機関名
開設者の日歯会員コード	5 2	歯科医師名
		健診日 年 月 日

個人情報の管理について 後期高齢者歯科健康診査結果の取扱いにあたり、個人情報保護の観点から適切な対応を行います。歯科健康診査のデータは、市町が行う効果的な保健指導事業、介護予防事業や疾病予防事業に活用します。