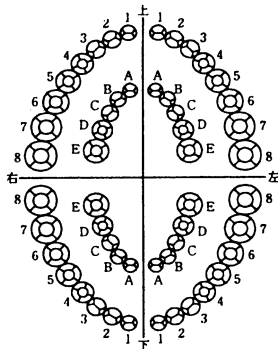


牛久市在宅要介護者歯科訪問健康診査票

		健診年月日	年 月 日																					
		担当歯科医																						
受診者	住 所	牛久市		電話番号																				
	ふりがな 氏 名		性別	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生																			
		男・女		年齢	歳																			
①歯の状況 (上)																								
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																						
(右) 8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8 (左)				健全歯……………/																		
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																						処置歯……………○
②補綴の状況 (下)						喪失歯……………△																		
						要抜去歯……………×																		
						未処置歯……………C																		
③歯周疾患等の有無						④粘膜疾患の状況																		
		<ul style="list-style-type: none"> ・口腔清掃状態 (良 普通 不良) ・歯石沈着状況 (少ない 多い) ・歯周疾患 (無 軽 中 重) 				<ul style="list-style-type: none"> ・疼痛 (無 有) ・腫脹 (無 有) ・潰瘍 (無 有) 																		
⑤義歯の状況																								
		<ul style="list-style-type: none"> ・義歯 (無 有) ・義歯の状況 (良好 修理必要 未使用 修理不能) 																						
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・乾燥 (無・有)・唾液 舌上 (多・少) 舌下 (多・少) ・舌苔 (無・有)・口臭 (無・有) ・RSST (回/30秒) 																							
診療等の希望	本人 (有・無)	<input type="checkbox"/> 診査だけで治療は後日連絡 <input type="checkbox"/> 応急的に最小限の処置 <input type="checkbox"/> 必要な処置の説明を聞いたうえで決定 <input type="checkbox"/> その他																						
家族 (有・無)																								
備考																								
判定結果	判定区分		判定の主な理由																					
	・異常を認めず		・むし歯	・欠損補綴の必要性																				
	・要口腔衛生指導		・歯周病	・その他																				
	・要歯科治療		・歯石の沈着																					
	・治療困難		・義歯の適否																					

※氏名、性別、生年月日、回答内容、検診結果などの個人情報個人情報保護法により管理し、漏洩や不正がないことをお約束いたします。

牛久市歯科医師会