

アイシン健康保険組合 歯科健康診査票

(太枠部分は受診者がご記入下さい)

健診実施日：西暦 年 月 日

受診者名	保険証記号	保険証番号	男・女	本人・家族	生年月日：西暦 年 月 日 歳
------	-------	-------	-----	-------	-----------------

I. 問診（下記の質問にお答えください） 下記右枠へ数字を記入して下さい。

①最近1年以内に歯科健診・歯科治療を受けたことがありますか	1. はい 2. いいえ →	
②定期的に歯科健診を受けていますか	1. はい 2. いいえ →	
③歯がぐらついたり、歯肉から血や膿が出ることがありますか	1. はい 2. いいえ →	
④歯磨きは1日に2回以上しますか	1. はい 2. いいえ →	
⑤歯ブラシ・フロス等を利用しますか	1. はい 2. いいえ →	
⑥喫煙の習慣はありますか	1. はい 2. いいえ →	
⑦全身の状態でははまるものをお答えください（複数回答可）	1・2・3・4・5・6	
1.異常なし 2.糖尿病 3.脳血管疾患 4.心疾患 5.肥満症 6.その他		
⑧その他、気になることがあればご記入下さい（ ）		

II. 歯と歯肉の状態

/ : 健全歯
C : 未処置歯
○ : 処置歯
△ : 要補綴歯
⊖ : 欠損補綴歯
× : 補綴不要歯（喪失歯に含まない）
E : 酸蝕症（疑い）

右												左											
7or6 歯肉出血BOP						1 歯肉出血BOP						6or7 歯肉出血BOP											
7or6 歯周ポケットPD						1 歯周ポケットPD						6or7 歯周ポケットPD											
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1
E D C B A						A B C D E						E D C B A											
E D C B A						A B C D E						E D C B A											
7or6 歯肉出血BOP						1 歯肉出血BOP						6or7 歯肉出血BOP											
7or6 歯周ポケットPD						1 歯周ポケットPD						6or7 歯周ポケットPD											

BOP 0:出血無し 1:出血あり 9:測定不能 ×:対象の歯がない
PD 0:健全 1:浅いポケット 2:深いポケット 9:測定不能 ×:対象の歯がない

下記右枠へ数字を記入して下さい

口腔清掃状態	1.良好	2.普通	3.不良	
歯石の付着	1.なし	2.軽度（点状）あり	3.中等度（帯状）以上あり	
その他の所見	歯列咬合	1.所見なし	2.所見あり（ ）	
	顎関節	1.所見なし	2.所見あり（ ）	
	粘膜	1.所見なし	2.所見あり（ ）	
	その他	1.所見なし	2.所見あり（ ）	

①健全歯 (/)	②未処置歯 (C)	③処置歯 (O)	現在歯 ①+②+③	要補綴歯 (△)	欠損補綴歯 (△)	※受診者が15歳以下は記入不要		
本	本	本	本	本	本	CPI 最大値※	歯肉出血BOP	
							歯周ポケットPD	

III. 総合判定

1.異常なし	2.要指導	3.要精密検査	
CPI: 歯肉出血0かつ歯周ポケット0	<input type="checkbox"/> CPI: 歯肉出血1かつ歯周ポケット0 <input type="checkbox"/> 口腔清掃状態：不良 <input type="checkbox"/> 歯石の付着あり（軽度、中等度以上） <input type="checkbox"/> 生活習慣や基礎疾患 歯科の受診状況：指導を要する	<input type="checkbox"/> CPI: 歯肉ポケット1または2 <input type="checkbox"/> 未処置歯あり <input type="checkbox"/> 要補綴歯あり <input type="checkbox"/> 生活習慣や基礎疾患等さらに詳しい検査や治療を要する <input type="checkbox"/> その他の所見あり（更に詳しい検査や治療が必要な場合）	↑ 総合判定で 1,2,3の数字を 記入して下さい

健診実施 歯科医院 名称・住所	
--------------------	--