

UBE健康保険組合 歯科検診票

本人記入欄	フリガナ											検診日	令和 年 月 日		
	氏名											保険者番号			
	住所											記号			
(TEL - -)												番号			

(I) 歯の状況

右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	左
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

【記入にあたり用いる符号】

健全歯 : /

未処置歯 : C(歯冠部のう蝕)
: R(根面部のう蝕)
: RC(根面部のう蝕+歯冠部のう蝕)

喪失歯 : △(要補綴歯)
: ⊙(義歯、ボンテック、インプラント)

(注) 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

処置歯 : ○(充填歯、クラウン、ブリッジ支台)

歯の状況	歯数
① / : 健全歯	
② C、R、RC: 未処置歯	
③ うちCのみの未処置歯	
④ △、⊙: 喪失歯	
⑤ うち△: 要補綴歯	
⑥ ○: 処置歯	
⑦ 現在歯数(①+②+⑥)	
⑧ DMF歯数(②+④+⑥)	

(II) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無 1. なし 2. あり

(III) 歯肉の状況 (永久歯列) 【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

<p>① 歯肉からの出血 (BOP)</p> <p>17または16 11 26または27 個人コード最大値</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">上顎</td> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> <td rowspan="2" style="width: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>下顎</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>47または46 31 36または37</p> <p>0 : 健全 以下の所見が認められない 1 : 出血あり プロービング後10~30秒以内に 出血が認められる 9 : 除外歯 プロービングができない歯 X : 該当歯なし</p>	上顎					下顎				<p>② 歯周ポケットの深さ (PD)</p> <p>17または16 11 26または27 個人コード最大値</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">上顎</td> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> <td rowspan="2" style="width: 40px;"></td> </tr> <tr> <td>下顎</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>47または46 31 36または37</p> <p>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</p>	上顎					下顎			
上顎																			
下顎																			
上顎																			
下顎																			
<p>③ 歯石の付着状況 1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり</p>																			

(IV) 歯列・咬合の状況 1. 所見なし 2. 所見あり

(V) 顎関節の症状 1. 所見なし 2. 所見あり

(VI) 口腔粘膜 ①粘膜の色 1. 所見なし 2. 所見あり ②粘膜の形状 1. 所見なし 2. 所見あり

(VII) 口腔衛生状態 1. 良好 2. 普通 3. 不良

判定区分

※1~3のいずれかに○を付け、2要指導、又は3要精密検査の場合は、
それぞれの判定の理由a.~c.又はa.~i.の該当するものに○をつけること。

<p>1. 異常なし</p> <p>CPI歯肉出血0(なし)かつ 歯周ポケット0(なし)</p>	<p>2. 要指導</p> <p>a. CPI歯肉出血1(あり) かつ歯周ポケット0(なし)</p> <p>(判定理由)</p> <p>b. 口腔清掃状態不良</p> <p>c. 生活習慣や基礎疾患(糖尿病を除く)、歯科医療機関の受診状況等、指導を要する</p>	<p>3. 要精密検査</p> <p>a. 歯石の付着あり f. 糖尿病の治療を行っている(又は糖尿病の指摘を受けたことがある等)</p> <p>b. CPI: 歯周ポケット1 (4~5mm) g. 習慣的に喫煙している</p> <p>c. CPI: 歯周ポケット2 (6mm以上) h. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する</p> <p>d. 未処置歯あり i. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)</p> <p>e. 要補綴歯あり</p>
---	--	---

指導内容・目標

医療機関コード	医療機関名	電話
---------	-------	----

注意事項

- 歯科検診は、当健保組合の被保険者及びその被扶養者(幼児、小学生、中学生、高校生を除く)が受診出来ます。(4月~翌年3月までの1年間に一人につき1回。検診日に当健康組合の資格がないときは、受診できません。)
- 歯科検診を受診するときには、この「歯科検診票」と「被保険者証」を検診医療機関の窓口に提出して下さい。どちらか一方だけでは受診出来ません。
- 検診結果は、UBE健康保険組合において保存し、必要に応じ保健指導等に活用しますので、ご了承の上受診して下さい。