

〒 821-8501

嘉麻市上山田392

嘉麻 太郎様

カスタマーバーコード

宛名番号のバーコード

## 令和6年度 歯周疾患検診受診券

令和6年5月25日交付

かな氏名	かま たろう		1000000
性別	男	生年月日	昭和53年4月2日
有効期限	令和7年3月31日	検診料	500円

## 歯周病について

歯周病は歯を失う大きな原因です。

私たちの命は食べることによって支えられていますが、食べるためになくてはならないのが“歯”。その歯の健康寿命が近年、日本人の寿命に追い付いていないということが問題視されています。

今ある歯を生涯にわたって残すために、歯周疾患検診を利用して、口腔内を健康に保つことをお勧めします。

飯塚市・嘉麻市・桂川町の実施医療機関に直接ご予約ください。

下記問診を記入されて、検診日に持参してください。

## 問診票※検診当日までに問診を記載しておきましょう

問診項目	電話番号	( )
(1) 歯磨きは1日何回していますか。	1. 0回 2. 1回 3. 2回 4. 3回以上	
(2) 歯磨きをする方は1回あたり何分磨きますか。	( ) 分	
(3) 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。	1. 毎日 2. 週1回以上 3. 月1~3回 4. 使用しない	
(4) 過去1年間に歯科医院を受診しましたか。	1. いいえ 2. はい	
(5) かかりつけ歯科医院がありますか。	1. いいえ 2. はい	
(6) 現在、治療中の病気がありますか。	1. いいえ 2. はい (治療中の病名)	
(7) 食事のときよく噛めていますか。	1. なんでもよく噛んで食べることができる 2. 一部噛めない食べ物がある 3. 噛めない食べ物が多い 4. 噛んで食べることができない	
(8) たばこを吸ったことがありますか。	1. 現在吸っている 1日( )本で( )歳から( )年間 2. 昔吸っていた 1日( )本で( )歳から( )歳まで( )年間 3. 吸ったことがない	
(9) 自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを自由に記載してください。		

検診結果 ※健診実施機関様にご記入ください。また、検診結果を「嘉麻市歯周疾患検診結果のお知らせ」に必要事項を転記して、受診者様に説明をお願いします。

1. 歯の状況 (喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

1. 健全歯 (/)	2. う蝕歯 (未処置) (C)	3. 処置歯 (O)	4. 現在歯数 (1+2+3)	5. 要補綴歯数 (△)	6. 欠損補綴歯数 (◎)
---------------	---------------------	---------------	--------------------	-----------------	------------------

【記号】  
健全歯 (/)  
う蝕歯 (C)  
処置歯 (O)  
喪失歯 (△)  
欠損補綴歯 (◎) ※インプラン含む

2. 歯肉の状態

	17または16		11	26または27	
歯肉出血 (BOP)					
歯周ポケット (PD)					
歯肉出血 (BOP)					
歯周ポケット (PD)					
	47または46			31	36または37

最大値	歯肉出血 (BOP)	
	歯周ポケット (PD)	

【歯肉出血 BOP】  
0:健全  
1:出血あり  
9:除外歯  
X:該当歯なし

【歯肉ポケットPD】  
0:健全  
1:浅いポケット  
2:深いポケット  
9:除外歯  
X:該当歯なし

3. 口腔清掃状態

1. 良好
2. 普通
3. 不良

4. 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

5. 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

6. 判定区分

1. 異常なし

・ CPI : 歯肉出血 0 かつ、歯周ポケット 0

2. 要指導

- a. CPI : 歯肉出血1かつ、歯周ポケット 0
- b. 口腔清掃不良
- c. 歯石の付着有 (軽度、中等度以上)
- d. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する

3. 要精密検査

- a. CPI : 歯周ポケット1
- b. CPI : 歯周ポケット2
- c. 未処置歯あり
- d. 要補綴歯あり
- e. 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
- f. その他の所見有 (さらに詳細な検査や治療が必要な場合)

7. 指導内容・目標

1. 検査した医療機関にて指導
2. 検査した医療機関にて治療・経過観察・定期検診予定
3. 他医療機関 (歯科) を紹介 (紹介先: )
4. 他医療機関 (医科) を紹介 (紹介先: )

検査者 (医療機関名) 名

検査日:    年   月   日

※減免書類の確認     一般 (有料)     非課税世帯 (非課税世帯証明書の添付)

生活保護世帯 (ケース番号 No )