



令和8年度 歯周疾患検診受診券

令和8年5月13日 交付

かな氏名			
性別	男	生年月日	
有効期限	令和9年3月31日	検診自己負担額	500 円

問診票 ※以下の質問は、受診者様が記入してください。

連絡先（電話番号）をご記入ください	電話番号	（ ）
(1) 歯や口、あごの状態でご気になることはありますか	1. ない	2. ある
(1)-① (1) で「2. ある」と答えた方 あてはまるすべてに○をつける	1. 歯の状態・痛み 5. 歯ぐきの状態・痛み 8. あごの痛み 10. その他（	2. 外観 6. かみ具合 9. 歯ぎしりや食いしばりなどの習慣)
上記(1)-①で「5. 歯ぐきの状態・痛み」と答えた方 あてはまるすべてに○をつける	1. 痛みがある 3. 腫れてブヨブヨする 5. 歯がぐらぐらする	2. 歯をみがくと血が出る 4. 歯ぐきが下がっている
(2) 食事をかんで食べる時の状態は、 どれにあてはまりますか	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、 かみにくいことがある 3. ほとんどかめない	
(3) 冷たいものや熱いものが歯にしみますか	1. しみない	2. ときどきしみる 3. いつもしみる
(4) 半年前と比べて固いものがかみにくくなりましたか	1. ない	2. ある
(5) お茶や汁物等でむせることがありますか	1. ない	2. ある
(6) 歯をみがく頻度はどのくらいですか (歯がない人は回答不要です)	毎日みがく (1. 1回 2. 2回 3. 3回以上) 4. 時々みがく 5. みがかない
上記(6)で「5. みがかない」以外をお答えになった方は、 歯をいつみがくか、あてはまるすべてに○をつける	1. 朝食後	2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他
(7) 歯をみがいている人は1回あたり何分みがきますか	1. 1分未満	2. 1～3分 3. 3分以上 4. 気にしたことがない
(8) 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか	1. 毎日	2. 時々 3. いいえ
(9) ゆっくりよくかんで食事をしていますか	1. 毎日	2. 時々 3. いいえ
(10) たばこを吸っていますか	1. 吸っている	2. 吸っていない
上記(11)直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか	1. 半年以内	2. 1年以内 3. 1年以上行っていない
上記(11)で「1. 半年以内」「2. 1年以内」と答えた方 どんな目的で行きましたか、あてはまるすべてに○をつける	1. 治療	2. 歯科検診 3. 予防（フッ化物塗布、歯の清掃等） 4. その他
上記(11)で「1. 半年以内」「2. 1年以内」と答えた方 その時に「歯周病の治療が必要です」といわれましたか	1. 言われなかった	2. 言われた
(12) かかりつけの歯科医院はありますか	1. はい	2. いいえ
(13) 次の病気について、指摘されたことはありますか あてはまるものすべてに○をつける	1. ない	2. 糖尿病 3. 関節リュウマチ 4. 脳梗塞（脳卒中） 5. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 6. 呼吸器疾患 7. その他
(14) 女性の方は、現在妊娠していますか（可能性も含む）	1. はい	2. いいえ

検診結果 ※以下の1.~7.まで検診実施機関様にご記入ください。
 「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、受診者様に説明と指導をお願いします。

1. 歯の状況 (記号と歯数を記入)

健全歯 (/) 未処置歯 歯冠部のう蝕 (C) 処置歯 充填歯、クラウン、ブリッジ支台 (O)
 根面部のう蝕 (R) 喪失歯 義歯、ボンテック、インプラント (△)
 根面部+歯冠部のう蝕 (RC) 要補綴歯 (◎)
 ※喪失歯のうち、補綴処置が必要な歯には

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

歯の状況	歯数
① 健全歯 (/)	
② 未処置歯 (C) (R) (RC)	
③ うち (C) のみの未処置歯	
④ 喪失歯 (△) (◎)	
⑤ うち (◎) 要補綴歯数	
⑥ 処置歯 (O)	
⑦ 現在歯数 (①+②+⑥)	
⑧ DMF歯数 (②+④+⑥)	
補綴治療の必要がある欠損部位の有無	無・有

2. 歯肉の状態 (永久歯列)

[対象] 以下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

	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)		

記入に用いる記号
 【歯肉出血BOP】
 O:健全
 1:出血あり
 9:除外歯
 X:該当歯なし

記入に用いる記号
 【歯肉ポケットPD】
 O:健全(3mm以下)
 1:4~5mm
 2:6mm以上
 9:除外歯
 X:該当歯なし

3. 口腔衛生状態

4. 歯石の付着

- 1. 良好
- 2. 普通
- 3. 不良

- 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

- ・ 歯列咬合の状況 1. 所見なし 2. 所見あり
- ・ 顎関節の症状 1. 所見なし 2. 所見あり
- ・ 粘膜の色 1. 所見なし 2. 所見あり
- ・ 粘膜の形状 1. 所見なし 2. 所見あり
- ・ その他

6. 判定区分 (1.~3. から○で選択)

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. 異常なし | 2. 要指導 | 3. 要精密検査 |
| a. CPI: 歯肉出血0 かつ、歯周ポケット0 | a. CPI: 歯肉出血1かつ、歯周ポケット0 | a. CPI: 歯周ポケット1 |
| | b. 口腔清掃不良 | b. CPI: 歯周ポケット2 |
| | c. 歯石の付着有 (軽度、中等度以上) | c. 未処置歯あり |
| | 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 | 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. 嘉麻市への連絡事項 (1.~4. から○で選択)

検査者 (医療機関名) 名

- 1. 当院にて指導
- 2. 当院にて治療・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:)
- 5. 未定

検査日: 令和 年 月 日