

# 妊婦歯科健診票

妊娠週数	週
------	---

診査日 年 月 日

住所	平群町	電話	
ふりがな 氏名		性別	男・女
		生年月日	昭和・平成 年 月 日
		年齢	歳

あてはまるところの□にチェック☑をして、( )内には必要な事項を記入してください。

(全身の状態)

01. 全身の状態であてはまるものはどれですか。

- a. 糖尿病
- b. 高血圧
- c. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞
- d. 関節リウマチ
- e. 内臓型肥満
- f. その他(具体的に記入)

( )

	はい	いいえ
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(自覚症状)

- 2. 歯が痛んだりしんだりする。
- 3. 歯ぐきから血が出たり腫れたりする。
- 4. 歯と歯の間に食べ物がはさまる。
- 5. 硬い食べ物はかみにくい。
- 6. 口を大きく開けると関節から音がしたり痛かったりする。
- 7. 口もとの外観(歯の色や歯並びなど)が気になる。
- 8. 口臭が気になる。
- 9. 入れ歯が合わない。
- 10. その他の自覚症状がある。  
あれば具体的に記入してください。

( )

	はい	いいえ
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(口腔清掃について)

11. 歯みがき指導を受けたことがありますか。

	はい	いいえ
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. 一日のうち、いつ歯をみがきますか。

- a. 起床時
- b. 朝食後
- c. 昼食後
- d. 夕食後
- e. 就寝前
- f. その他

あれば具体的に記入してください。

( )

一日計( )回

	みがく
a.	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>

13. 1回の歯みがきの時間は何分ぐらいですか。

- a. 1分未満
- b. 1分以上～3分未満
- c. 3分以上～5分未満
- d. 5分以上

14. 歯ブラシの交換間隔はどれぐらいですか。

- 1ヶ月に1回交換
- 2ヶ月に1回交換
- 4ヶ月に1回交換
- 4ヶ月以上で交換

15. フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。

- a. はい
- b. いいえ
- c. わからない
- d. 歯みがき剤は使っていない

16. 補助清掃用具(デンタルフロス、糸ようじ、歯間ブラシ)を使っていますか。

- a. ほぼ毎日使っている
- b. 週に3～4日使っている
- c. 週に1～2日使っている
- d. 使っていない

(その他)

17. あなたは、たばこを吸っていますか。

- a. 現在吸っている。
- b. 以前は吸っていたが、現在は吸っていない。
- c. 以前から吸っていない。

a.の方→1日に( )本吸う。

b.の方→1日に( )本( )年間吸った。

18. あなたは、たばこが歯周病(歯槽膿漏)に与える影響についてどう思いますか。

- a. たばこを吸うとかかりやすくなると思う。
- b. たばこ関係ないと思う。
- c. どちらともいえない。

19. この1年間に歯科医院等で歯の検診を受けましたか。

	はい	いいえ
#	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**現在歯・喪失歯の状況** (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
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

補綴状況 (Br. 義歯, インプラント)	

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

**歯肉の状況**

BOP	17または16	11	26または27	
PD				
右				左
BOP				
PD				
	47または46	31	36または37	

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

**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

[歯周ポケットPD]  
 0: 健全  
 1: 浅いポケット  
 (4~5mm)  
 2: 深いポケット  
 (6mm~)  
 9: 除外歯  
 X: 該当歯なし

**その他の所見**

軟組織・粘膜  
 顎関節  
 歯列・咬合の不正  
 その他

あり	なし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CPI個人コード (最大値)  
 歯肉出血  
 歯周ポケット

**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. 口腔清掃状態不良  
 c. 歯石の付着あり(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、更に詳しい検査や治療を要する  
 f. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)

判定区分		
1.	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	2a. <input type="checkbox"/>
		2b. <input type="checkbox"/>
		2c. <input type="checkbox"/>
		2d. <input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	3a. <input type="checkbox"/>
		3b. <input type="checkbox"/>
		3c. <input type="checkbox"/>
		3d. <input type="checkbox"/>
		3e. <input type="checkbox"/>
		3f. <input type="checkbox"/>

**指導内容・目標**

[市町村への連絡事項(個別検診の場合)]

- 1. 検査した医療機関にて指導予定
- 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**

医療機関所在地      平群町西宮2-1-6  
 医療機関名称      プリズムへぐり  
 電話番号              45-8600  
 歯科医師名

歯周疾患検診を受診し、結果の説明と保健指導を受けました。      署名 \_\_\_\_\_