

受診者 記入欄

問診項目

下記枠内・問診項目は「受診者」が事前にご記入ください。

受診日	平成	年	月	日	電話番号	()
ふりがな					生年月日	昭和 年 月 日
受診者氏名					性別	男 ・ 女
被保険者番号						

問1 現在、ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか？ はい ・ いいえ

問2 問1で「はい」の場合、気になるもの全ての番号に○をつけてください。
 ① 噛み具合 ② 外観 ③ 発話 ④ 口臭 ⑤ 痛み ⑥ 飲み込みづらい ⑦ 口が渇く

問3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめる事ができますか？ はい ・ 片方 ・ いいえ

問4 歯を磨くと血が出ますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問5 歯ぐきが腫れてブヨブヨしますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問6 冷たいものや熱いものが歯にしみますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問7 かかりつけの歯科医院はありますか？ はい ・ いいえ

問8 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか？ 治療しているもの全ての番号に○をつけてください。
 ① 高血圧症 ② 糖尿病 ③ 脂質異常症 ④ 脳卒中
 ⑤ 心臓病 ⑥ がん ⑦ 肺疾患 ⑧ 骨粗しょう症 ⑨ その他

問9 甘い食べ物や飲み物など、間食をしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問10 たばこを吸いますか？ はい ・ いいえ

問11 夜寝る前に歯磨きをしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問12 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問13 ゆっくりよく噛んで食事をしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問14 歯科医院などでハミガキ指導を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

問15 年に1回以上は歯科医院で定期検診を受けていますか？ はい ・ いいえ

問16 問15で「いいえ」の場合、その理由に○をつけてください。
 ① 今まで無料健診が無かったから ② 歯科医院に行く交通手段がないから
 ③ 痛みや噛めないなどの不自由がないから ④ めんどうだったから
 ⑤ 健診が出来る事を知らなかったから ⑥ その他 ()

問17 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？ はい ・ いいえ

問18 お茶や汁物等でむせることがありますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問19 入れ歯の方にお伺いします。入れ歯を使っていますか？
 ① 使っている ・ ② 持っているが使っていない ・ ③ 持っていない

実施歯科医療機関 記入欄

診査項目

以下の診察をしていただき、「実施歯科医療機関」をご記入ください。

歯の状態 ①健全歯(または一) ②未処置歯(C) ③処置歯(O) ⑤要補綴歯(Δ) ⑥欠損補綴歯(⊖) 補綴処置が不要な歯及び先天的欠如(×)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

(1) ①健全歯数 ②未処置歯数 ③処置歯数 ④現在歯数 ⑤要補綴歯数 ⑥欠損補綴歯数
 本 本 本 本(①+②+③) 本 本

⑦ 義歯の有無 上顎 ⇒ 【 なし (義歯の必要性: あり・なし) / あり (総義歯・局部義歯) 】
 下顎 ⇒ 【 なし (義歯の必要性: あり・なし) / あり (総義歯・局部義歯) 】
 ⑧ 義歯の状況 【 良好 ・ 義歯不適合 ・ 新製の必要性あり 】
 ⑨ インプラント 【 なし ・ あり 】

咬合状態
 (2) ① 現在歯による臼歯部の咬合 【 右側(あり・なし)、左側(あり・なし) 】
 ② 義歯装着による臼歯部の咬合 【 右側(あり・なし)、左側(あり・なし) 】

口腔衛生の状態
 (3) ① プラーク付着状態 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】 ② 食渣 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】
 ③ 歯石 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】 ④ 舌苔 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】
 ⑤ 口臭 【 殆どない ・ 弱い ・ 強い 】 ⑥ 義歯清掃状態 【 良好 ・ 普通 ・ 不良 】

口腔乾燥の状態
 (4) 乾燥 【 なし ・ あり (軽度・中程度・重度) 】

呼吸の異常
 (7) 鼻閉・口呼吸等 【 なし ・ あり 】

歯周組織・粘膜の状況
 (5) 異常 【 なし ・ あり (歯周組織・舌・粘膜・その他) 】

指輪つかテスト
 (8) 両手の親指と人差し指で囲む
 【 囲めない ・ ちょうど囲める ・ 隙間ができる 】

口腔機能評価
 (6) ① 舌機能・挺舌(舌出し) 【 十分 ・ 下唇を超えない ・ 不能 】
 ② プクプクうがい 【 できる ・ できない 】
 ③ ガラガラうがい 【 できる ・ できない 】

反復唾液嚥下テスト
 (9) 30秒間に3回 【 できる ・ できない 】

あなたのお口の状態は

① 良好な状態です。このまま維持するように心がけましょう。 ⑤ 入れ歯やブリッジの治療が必要です。
 ② お口の中(あるいは入れ歯)が、よごれています。 ⑥ 口腔機能に問題があります。
 ハミガキや入れ歯のお手入れをしてきれいな状態を保ちましょう。 ⑦ その他特記事項
 ③ むし歯の治療が必要です。
 ④ 歯ぐきの治療が必要です。

結果

▶ 2~7に○のついた方は、歯科医師や歯科衛生士の指導を受けるようにしましょう。

※この受診票に記載された個人情報、茨城県後期高齢者医療制度被保険者の健康増進事業の円滑な運営にのみ使用いたします。従って、この事業に関連する茨城県歯科医師会・茨城県後期高齢者医療広域連合・お住まいの市町村以外に提供することは一切ありません。

受診者 記入欄

問診項目

下記枠内・問診項目は「受診者」が事前にご記入ください。

受診日	平成	年	月	日	電話番号	()
ふりがな					生年月日	昭和 年 月 日
受診者氏名					性別	<input type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女
被保険者番号						

問1 現在、ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか？ はい ・ いいえ

問2 問1で「はい」の場合、気になるもの全ての番号に○をつけてください。
 ① 噛み具合 ② 外観 ③ 発話 ④ 口臭 ⑤ 痛み ⑥ 飲み込みづらい ⑦ 口が渇く

問3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめる事ができますか？ はい ・ 片方 ・ いいえ

問4 歯を磨くと血が出ますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問5 歯ぐきが腫れてブヨブヨしますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問6 冷たいものや熱いものが歯にしみますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問7 かかりつけの歯科医院はありますか？ はい ・ いいえ

問8 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか？ 治療しているもの全ての番号に○をつけてください。
 ① 高血圧症 ② 糖尿病 ③ 脂質異常症 ④ 脳卒中
 ⑤ 心臓病 ⑥ がん ⑦ 肺疾患 ⑧ 骨粗しょう症 ⑨ その他

問9 甘い食べ物や飲み物など、間食をしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問10 たばこを吸いますか？ はい ・ いいえ

問11 夜寝る前に歯磨きをしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問12 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問13 ゆっくりよく噛んで食事をしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問14 歯科医院などでハミガキ指導を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

問15 年に1回以上は歯科医院で定期検診を受けていますか？ はい ・ いいえ

問16 問15で「いいえ」の場合、その理由に○をつけてください。
 ① 今まで無料健診が無かったから ② 歯科医院に行く交通手段がないから
 ③ 痛みや噛めないなどの不自由がないから ④ めんどろだったから
 ⑤ 健診が出来る事を知らなかったから ⑥ その他 ()

問17 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？ はい ・ いいえ

問18 お茶や汁物等でむせることがありますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問19 入れ歯の方にお伺いします。入れ歯を使っていますか？
 ① 使っている ・ ② 持っているが使っていない ・ ③ 持っていない

実施歯科医療機関 記入欄

診査項目

以下の診察をしていただき、「実施歯科医療機関」をご記入ください。

歯の状態 ①健全歯(または一) ②未処置歯(C) ③処置歯(O) ⑤要補綴歯(Δ) ⑥欠損補綴歯(⊖) 補綴処置が不要な歯及び先天的欠如(X)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

(1) ①健全歯数 ②未処置歯数 ③処置歯数 ④現在歯数 ⑤要補綴歯数 ⑥欠損補綴歯数
 本 本 本 本(①+②+③) 本 本

⑦ 義歯の有無 上顎 ⇒ 【 なし (義歯の必要性: あり・なし) / あり (総義歯・局部義歯) 】
 下顎 ⇒ 【 なし (義歯の必要性: あり・なし) / あり (総義歯・局部義歯) 】
 ⑧ 義歯の状況 【 良好 ・ 義歯不適合 ・ 新製の必要性あり 】
 ⑨ インプラント 【 なし ・ あり 】

咬合状態
 (2) ① 現在歯による臼歯部の咬合 【 右側(あり・なし)、左側(あり・なし) 】
 ② 義歯装着による臼歯部の咬合 【 右側(あり・なし)、左側(あり・なし) 】

口腔衛生の状態
 (3) ① プラーク付着状態 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】 ② 食渣 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】
 ③ 歯石 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】 ④ 舌苔 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】
 ⑤ 口臭 【 殆どない ・ 弱い ・ 強い 】 ⑥ 義歯清掃状態 【 良好 ・ 普通 ・ 不良 】

口腔乾燥の状態 (4) 乾燥【 なし ・ あり (軽度・中程度・重度) 】

呼吸の異常 (7) 鼻閉・口呼吸等 【 なし ・ あり 】

歯周組織・粘膜の状況 (5) 異常【 なし ・ あり (歯周組織・舌・粘膜・その他) 】

指輪つかテスト (8) 両手の親指と人差し指で囲む
 【 囲めない ・ ちょうど囲める ・ 隙間ができる 】

口腔機能評価 (6) ① 舌機能・挺舌(舌出し) 【 十分 ・ 下唇を超えない ・ 不能 】
 ② プクプクうがい 【 できる ・ できない 】
 ③ ガラガラうがい 【 できる ・ できない 】

反復唾液嚥下テスト (9) 30秒間に3回 【 できる ・ できない 】

あなたのお口の状態は

結果

① 良好な状態です。このまま維持するように心がけましょう。 ⑤ 入れ歯やブリッジの治療が必要です。
 ② お口の中(あるいは入れ歯)が、よごれています。 ⑥ 口腔機能に問題があります。
 ハミガキや入れ歯のお手入れをしてきれいな状態を保ちましょう。 ⑦ その他特記事項
 ③ むし歯の治療が必要です。
 ④ 歯ぐきの治療が必要です。

▶ 2~7に○のついた方は、歯科医師や歯科衛生士の指導を受けるようにしましょう。

※この受診票に記載された個人情報、茨城県後期高齢者医療制度被保険者の健康増進事業の円滑な運営にのみ使用いたします。従って、この事業に関連する茨城県歯科医師会・茨城県後期高齢者医療広域連合・お住まいの市町村以外に提供することは一切ありません。

受診者 記入欄

問診項目

下記枠内・問診項目は「受診者」が事前にご記入ください。

受診日	平成	年	月	日	電話番号	()
ふりがな					生年月日	昭和 年 月 日
受診者氏名					性別	<input type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女
被保険者番号						

問1 現在、ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか？ はい ・ いいえ

問2 問1で「はい」の場合、気になるもの全ての番号に○をつけてください。
 ① 噛み具合 ② 外観 ③ 発話 ④ 口臭 ⑤ 痛み ⑥ 飲み込みづらい ⑦ 口が渇く

問3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめる事ができますか？ はい ・ 片方 ・ いいえ

問4 歯を磨くと血が出ますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問5 歯ぐきが腫れてブヨブヨしますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問6 冷たいものや熱いものが歯にしみますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問7 かかりつけの歯科医院はありますか？ はい ・ いいえ

問8 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか？ 治療しているもの全ての番号に○をつけてください。
 ① 高血圧症 ② 糖尿病 ③ 脂質異常症 ④ 脳卒中
 ⑤ 心臓病 ⑥ がん ⑦ 肺疾患 ⑧ 骨粗しょう症 ⑨ その他

問9 甘い食べ物や飲み物など、間食をしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問10 たばこを吸いますか？ はい ・ いいえ

問11 夜寝る前に歯磨きをしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問12 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問13 ゆっくりよく噛んで食事をしますか？ 毎日 ・ 時々 ・ いいえ

問14 歯科医院などでハミガキ指導を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

問15 年に1回以上は歯科医院で定期検診を受けていますか？ はい ・ いいえ

問16 問15で「いいえ」の場合、その理由に○をつけてください。
 ① 今まで無料健診が無かったから ② 歯科医院に行く交通手段がないから
 ③ 痛みや噛めないなどの不自由がないから ④ めんどろだったから
 ⑤ 健診が出来る事を知らなかったから ⑥ その他 ()

問17 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？ はい ・ いいえ

問18 お茶や汁物等でむせることがありますか？ はい ・ 時々 ・ いいえ

問19 入れ歯の方にお伺いします。入れ歯を使っていますか？
 ① 使っている ・ ② 持っているが使っていない ・ ③ 持っていない

実施歯科医療機関 記入欄

診査項目

以下の診察をしていただき、「実施歯科医療機関」をご記入ください。

歯の状態 ①健全歯(または一) ②未処置歯(C) ③処置歯(O) ⑤要補綴歯(Δ) ⑥欠損補綴歯(⊖) 補綴処置が不要な歯及び先天的欠如(X)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

(1) ① 健全歯数 ② 未処置歯数 ③ 処置歯数 ④ 現在歯数 ⑤ 要補綴歯数 ⑥ 欠損補綴歯数
 本 本 本 本(①+②+③) 本 本

⑦ 義歯の有無 上顎 ⇒ 【 なし (義歯の必要性: あり・なし) / あり (総義歯・局部義歯) 】
 下顎 ⇒ 【 なし (義歯の必要性: あり・なし) / あり (総義歯・局部義歯) 】
 ⑧ 義歯の状況 【 良好 ・ 義歯不適合 ・ 新製の必要性あり 】
 ⑨ インプラント 【 なし ・ あり 】

咬合状態
 (2) ① 現在歯による臼歯部の咬合 【 右側(あり・なし)、左側(あり・なし) 】
 ② 義歯装着による臼歯部の咬合 【 右側(あり・なし)、左側(あり・なし) 】

口腔衛生の状態
 (3) ① プラーク付着状態 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】 ② 食渣 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】
 ③ 歯石 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】 ④ 舌苔 【 殆どない ・ 中程度 ・ 多量 】
 ⑤ 口臭 【 殆どない ・ 弱い ・ 強い 】 ⑥ 義歯清掃状態 【 良好 ・ 普通 ・ 不良 】

口腔乾燥の状態
 (4) 乾燥 【 なし ・ あり (軽度・中程度・重度) 】

歯周組織・粘膜の状況
 (5) 異常 【 なし ・ あり (歯周組織・舌・粘膜・その他) 】

口腔機能評価
 (6) ① 舌機能・挺舌(舌出し) 【 十分 ・ 下唇を超えない ・ 不能 】
 ② プクプクうがい 【 できる ・ できない 】
 ③ ガラガラうがい 【 できる ・ できない 】

呼吸の異常
 (7) 鼻閉・口呼吸等 【 なし ・ あり 】

指輪つかテスト
 (8) 両手の親指と人差し指で囲む
 【 囲めない ・ ちょうど囲める ・ 隙間ができる 】

反復唾液嚥下テスト
 (9) 30秒間に3回 【 できる ・ できない 】

あなたのお口の状態は

① 良好な状態です。このまま維持するように心がけましょう。 ⑤ 入れ歯やブリッジの治療が必要です。
 ② お口の中(あるいは入れ歯)が、よごれています。 ⑥ 口腔機能に問題があります。
 ハミガキや入れ歯のお手入れをしてきれいな状態を保ちましょう。 ⑦ その他特記事項
 ③ むし歯の治療が必要です。
 ④ 歯ぐきの治療が必要です。

結果

▶ 2~7に○のついた方は、歯科医師や歯科衛生士の指導を受けるようにしましょう。

※この受診票に記載された個人情報は、茨城県後期高齢者医療制度被保険者の健康増進事業の円滑な運営にのみ使用いたします。従って、この事業に関連する茨城県歯科医師会・茨城県後期高齢者医療広域連合・お住まいの市町村以外に提供することは一切ありません。

裏

裏

※ 注意

- この用紙は茨城県後期高齢者医療 広域連合 歯科健康診査『受診票』です。
- 複写の紙を使用しておりますので、紙を広げてご記入ください。
- 受診までにこの用紙を開いて、表面 左側 **受診者 記入欄** **問診項目** へ
必要事項をご記入ください。