

令和2年度 茨城県後期高齢者医療広域連合 歯科健康診査「受診票」

①広域連合控

受診者 記入欄

問診項目

ふりがな	電話番号 ()
受診者氏名	生年月日 昭和 年 月 日 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)かみ具合 (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
 (8)歯科治療が中断している (9)義歯(入れ歯)の具合が悪い (10)その他()

問3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとか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健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、その理由に当てはまる全ての番号に○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 入れ歯を使っていますか？当てはまる番号一つに○をつけてください。
 (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

検査項目

受診日 令和2年 月 日

歯の状態 記号例 ブリッジ:Br 義歯:FD、PD インプラント:Im ポンティック:PO

デンチャー部位等記入欄

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
デンチャー部位等記入欄																	

(1) ①健全歯(または-) ②未処置歯(C) ③処置歯(O) ④現在歯 ⑤要補綴歯(△) ⑥欠損補綴歯(△) ⑦その他(X)
 本 本 本 (1+2+3) 本 本 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ブクブクうがい 【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。

歯科健康診査実施医療機関名

令和2年度 茨城県後期高齢者医療広域連合 歯科健康診査「受診票」

②医療機関控

受診者 記入欄

問診項目

ふりがな	電話番号 ()
受診者氏名	生年月日 昭和 年 月 日 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) かみ具合 (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
 (8) 歯科治療が中断している (9) 義歯(入れ歯)の具合が悪い (10) その他()

問3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとか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健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、その理由に当てはまる全ての番号に○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) めんどくだったから
 (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 入れ歯を使っていますか？当てはまる番号一つに○をつけてください。
 (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

検査項目

受診日 令和2年 月 日

歯の状態 記号例 ブリッジ:Br 義歯:FD,PD インプラント:Im ポンティック:PO

デンチャー部位等記入欄

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
デンチャー部位等記入欄																	
① 健全歯(または-) ② 未処置歯(C) ③ 処置歯(O) ④ 現在歯 ⑤ 要補綴歯(△) ⑥ 欠損補綴歯(△) ⑦ その他(X)																	
本 本 本 (1+2+3) 本 本 本 本																	

(1) 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 ブクブクうがい 【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。

歯科健康診査実施医療機関名

令和2年度 茨城県後期高齢者医療広域連合 歯科健康診査「受診票」

③ご本人様控

受診者 記入欄

問診項目

ふりがな	電話番号 ()		
受診者氏名	生年月日	昭和 年 月 日	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) かみ具合 (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
 (8) 歯科治療が中断している (9) 義歯(入れ歯)の具合が悪い (10) その他()

問3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとか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健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、その理由に当てはまる全ての番号に○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) めんどくだったから
 (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 入れ歯を使っていますか？当てはまる番号一つに○をつけてください。
 (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

検査項目

受診日 令和2年 月 日

歯の状態 記号例 ブリッジ:Br 義歯:FD,PD インプラント:Im ポンティック:PO

デンチャー部位等記入欄

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
デンチャー部位等記入欄																	
① 健全歯(または-) ② 未処置歯(C) ③ 処置歯(O) ④ 現在歯 ⑤ 要補綴歯(△) ⑥ 欠損補綴歯(△) ⑦ その他(X)																	
本 本 本 (1+2+3) 本 本 本 本																	

(1) 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 ブクブクうがい 【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。

歯科健康診査実施医療機関名

令和2年度 歯科健康診査受診票

受診日までにこの用紙を開いて、
左側 **受診者 記入欄** **問診項目** をご記入ください。

- ※ 茨城県後期高齢者医療広域連合における健康増進事業の円滑な運営のため、健診結果は医療機関より「茨城県後期高齢者医療広域連合」へ送付されます。
- ※ 受診票に記載された個人情報を、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」「お住いの市町村」以外に提供することは一切ありません。