

※こちらのページは歯科医療機関が記入します

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～問19について記入してください。

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。	
問2	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口が渴く 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痛みや嘔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6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																
⑧義歯の有無 上顎 あり⇒【総義歯・局部義歯】 なし⇒義歯の必要性【要・不要】 下顎 あり⇒【総義歯・局部義歯】 なし⇒義歯の必要性【要・不要】 ⑨義歯の状況 【良好・義歯不適合・新製の必要性あり・なし】 ⑩インプラント 【なし・あり】																	
咬合状態																	
(2)	①右側 【現在歯と現在歯・現在歯と義歯・義歯と義歯・なし】 ②左側 【現在歯と現在歯・現在歯と義歯・義歯と義歯・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・義歯なし】																
口腔乾燥の状態																	
(4)	乾燥【なし・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・歯周組織・舌・粘膜・その他】																
指輪つかテスト																	
(8)	【囲めない・ちょうど囲める・隙間ができる・実施不能(理由: )】																
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 【問題なし・問題あり】																	
結果	①お口の中(あるいは入れ歯)が、よごれています。 ④入れ歯やブリッジの治療が必要です。 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。 ⑤口腔機能に問題があります。 ②むし歯の治療が必要です。 ⑥その他特記事項 ③歯ぐきの治療が必要です。																
	▶問題ありの場合は、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。																
	実施医療機関名(医療機関コード) ( ) 記入漏れがないことを確認しました 【○】																

これはカンパです。2024/08/21 13:09:47

※こちらのページは歯科医療機関が記入します

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～問19について記入してください。

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口が渴く 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痛みや嘔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6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																
⑧義歯の有無 上顎 あり⇒【総義歯・局部義歯】 なし⇒義歯の必要性【要・不要】 下顎 あり⇒【総義歯・局部義歯】 なし⇒義歯の必要性【要・不要】 ⑨義歯の状況 【良好・義歯不適合・新製の必要性あり・なし】 ⑩インプラント 【なし・あり】																	
咬合状態																	
(2)	①右側 【現在歯と現在歯・現在歯と義歯・義歯と義歯・なし】 ②左側 【現在歯と現在歯・現在歯と義歯・義歯と義歯・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・義歯なし】																
口腔乾燥の状態																	
(4)	乾燥【なし・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・歯周組織・舌・粘膜・その他】																
指輪つかテスト																	
(8)	【囲めない・ちょうど囲める・隙間ができる・実施不能(理由: )】																
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 【問題なし・問題あり】 ①お口の中(あるいは入れ歯)が、よごれています。 ④入れ歯やブリッジの治療が必要です。 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。 ⑤口腔機能に問題があります。 ②むし歯の治療が必要です。 ⑥その他特記事項 ③歯ぐきの治療が必要です。																	
結果																	
▶問題ありの場合は、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。																	
実施医療機関名(医療機関コード) ( ) 記入漏れがないことを確認しました【○】																	

これはカンパです。2024/08/21 13:09:47

※こちらのページは歯科医療機関が記入します

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～問19について記入してください。

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。	
問2	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口が渴く 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。	
問8	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。	
問16	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痛みや嘔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。	
問19	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6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																
⑧義歯の有無 上顎 あり⇒【総義歯・局部義歯】 なし⇒義歯の必要性【要・不要】 下顎 あり⇒【総義歯・局部義歯】 なし⇒義歯の必要性【要・不要】 ⑨義歯の状況 【良好・義歯不適合・新製の必要性あり・なし】 ⑩インプラント 【なし・あり】																	
咬合状態																	
(2)	①右側 【現在歯と現在歯・現在歯と義歯・義歯と義歯・なし】 ②左側 【現在歯と現在歯・現在歯と義歯・義歯と義歯・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・義歯なし】																
口腔乾燥の状態																	
(4)	乾燥【なし・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・歯周組織・舌・粘膜・その他】																
指輪つかテスト																	
(8)	【囲めない・ちょうど囲める・隙間ができる・実施不能(理由: )】																
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 【問題なし・問題あり】																	
結果	①お口の中(あるいは入れ歯)が、よごれています。 ④入れ歯やブリッジの治療が必要です。 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。 ⑤口腔機能に問題があります。																
	②むし歯の治療が必要です。 ⑥その他特記事項 ③歯ぐきの治療が必要です。																
	▶問題ありの場合は、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。																
実施医療機関名(医療機関コード) ( ) 記入漏れがないことを確認しました 【○】																	

これはカンパです。2024/08/21 13:09:47

# 令和6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** 太枠のみご記入ください。

↓ 左側のみ記入

令和6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」

受診者 記入欄 問診項目

受診者氏名 電話番号 ( ) 性別  
生年月日 昭和 年 月 日 男・女

保健医療番号

問1～問19について記入してください。

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疼痛 ③発熱 ④口臭 ⑤痛み ⑥飲み込みづらく ⑦口が腫く  
⑧歯科治療が中断している ⑨歯肉(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歯磨きをしっかりとかみしめる事ができますか？ (はい) (いいえ)

問4 歯を磨くと血が出ますか？ (はい) (いいえ)

問5 歯ぐきが腫れてプロブしますか？ (はい) (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) (いいえ)

問7 かかりつけの歯科医師はありますか？ (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 ②糖尿病 ③歯周病 ④脳卒中  
⑤心臓病 ⑥がん ⑦肺炎 ⑧増殖性腎臓病 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楽しみますか？ (毎日) (時々) (いいえ)

問14 歯科医院などで歯が痛む治療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「はい」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今まで歯科検診がなかったから ②歯科医院に行く回数が少ないから  
③痛みや腫れなどの不安がないから ④歯が痛んだから  
⑤検診が出来る場所がなかったから ⑥その他

問17 半年前と比べて歯の痛みが増えたり減ったりしましたか？ (はい) (いいえ)

問18 お薬や片剤等でも使ったことがありますか？ (はい) (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使っていないが持っている ③使っていない

記入不要

※ 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。皆さまの検査情報は、広域連合及び構成市町村が実施する保健事業や介護予防等の取組に活用させていただきます。