

※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)かみ合わせ (2)見た目 (3)口臭 (4)痛み (5)飲み込みづらい (6)歯科治療が中断している (7)義歯(入れ歯)の具合が悪い (8)その他()	
問3	自分の歯または入れ歯で左右の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	口の渇きが気になりますか？	(はい)・(時々)・(いいえ)
問5	歯ぐきが腫れたり、歯みがきで出血したりしますか？	(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	普通の会話で言葉をはっきりと発音できないことがありますか？	(はい) ・ (いいえ)
問10	たばこを吸いますか？	(はい) ・ (いいえ)
問11	夜寝る前に歯みがきをしますか？	(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	食事の時に、よく噛むことを意識していますか？	(毎日)・(時々)・(いいえ)
問14	歯科医院などで歯みがき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	お茶や汁物でむせることはありますか？	(はい)・(時々)・(いいえ)
問19	現在、常用している薬、または飲んでる薬はありますか？ ※「はい」の場合は薬名をご記入ください。()	(はい) ・ (いいえ)

実施歯科医療機関 記入欄	検査項目	受診日	令和7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
	① 健全歯(または-) ② 未処置歯(C) ③ 処置歯(O) ④ 現在歯 本 本 本 本 (①+②+③) ⑤ 要補綴歯(△) ⑥ 欠損補綴歯(▽) ⑦ その他(X) 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)】

(1) 咬合状態
 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)】

(2) 口腔衛生の状態
 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)】

(3) 口腔乾燥の状態 (7) 呼吸の異常
 乾燥【(なし)・(軽度)・(中程度)・(重度)】 鼻閉・口呼吸等 【(なし)・(あり)】

(4) 歯周組織・粘膜の状況 (8) 指輪っかテスト
 異常【(なし)・(歯周組織)・(舌)・(粘膜)・(その他)_____】 【(囲めない)・(ちょうど囲める)・(隙間ができる)・(実施不能)(理由:_____)】

(5) 口腔機能評価 (9) 反復唾液嚥下テスト
 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)】 30秒間に3回 【(できる)・(できない)】
 ③ ガラガラうがい 【(できる)・(できない)】

(6) 舌・口唇機能評価(オーラルディアドコキネシス)
 ①「パ」について 回 / 秒
 ②「タ」について 回 / 秒 【(要注意)】
 ③「カ」について 回 / 秒
 ※いずれか1つでも6回未満の場合は「要注意」とする。また、問9が「はい」の場合は、機能低下を疑う。

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)の清掃が不十分です。 ④ 入れ歯やブリッジの治療が必要です。
 歯みがき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。

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かみ合わせ ②見た目 ③口臭 ④痛み ⑤飲み込みづらい ⑥歯科治療が中断している ⑦義歯(入れ歯)の具合が悪い ⑧その他()	
問3	自分の歯または入れ歯で左右の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	口の渇きが気になりますか？	はい・時々・いいえ
問5	歯ぐきが腫れたり、歯みがきで出血したりしますか？	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	普通の会話で言葉をはっきりと発音できないことがありますか？	はい・いいえ
問10	たばこを吸いますか？	はい・いいえ
問11	夜寝る前に歯みがきをしますか？	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	食事の時に、よく噛むことを意識していますか？	毎日・時々・いいえ
問14	歯科医院などで歯みがき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	お茶や汁物でむせることはありますか？	はい・時々・いいえ
問19	現在、常用している薬、または飲んでる薬はありますか？ ※「はい」の場合は薬名をご記入ください。()	はい・いいえ

※こちらのページは歯科医療機関が記入します

実施歯科医療機関 記入欄

検査項目

受診日 令和7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	
① 健全歯(または-)	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	④ 現在歯 (①+②+③)
⑤ 要補綴歯(△)	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	本	⑦ その他(×)

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】

(1) 咬合状態
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】

(2) 口腔衛生の状態
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】

(3) 口腔乾燥の状態 (7) 呼吸の異常
乾燥【なし・軽度・中程度・重度】 鼻閉・口呼吸等【なし・あり】

(4) 歯周組織・粘膜の状況 (8) 指輪っかテスト
異常【なし・歯周組織・舌・粘膜・その他()】 【(困めない)・(ちょうど困める)・(隙間ができる)・(実施不能)(理由:)】

(5) 口腔機能評価 (9) 反復唾液嚥下テスト
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】 30秒間に3回【できる・できない】
③ ガラガラうがい 【できる・できない】

(6) 舌・口唇機能評価(オーラルディアドコキネシス)
①「パ」について 回 / 秒
②「タ」について 回 / 秒 【(要注意)】
③「カ」について 回 / 秒
※いずれか1つでも6回未満の場合は「要注意」とする。また、問9が「はい」の場合は、機能低下を疑う。

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)の清掃が不十分です。 ④ 入れ歯やブリッジの治療が必要です。
歯みがき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【○】

令和7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



※ 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。