

後期高齢者歯科口腔健康診査 受診票

診査日 平成 年 月 日

被保険者番号		受診者ID	e
氏名	男・女	生年月日	昭和 大正 明治
住所	(〒 -)	TEL	() -
		身長	体重
		cm	kg
		BMI 体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)	

受診資格確認(保険証・口頭)

1. 歯の状態 (喪失歯のうち欠損補綴歯は種別FD.PD.Br.Im、要補綴歯は△、補綴不要歯は×を記入)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

健全 : /
 う蝕歯: C(未処置歯)
 処置歯: O
 喪失歯: △ ×
 欠損補綴歯: FD. PD. Br. Im

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 (FD,PD,Br,Im)	義歯	有 → 適合状況 良好・不適合・破損	インプラント
本	本	本	本	本	本	無 → 義歯の必要性 あり・なし	有・無	

2. 咬合の状態

現在歯による臼歯部での咬合 右(あり・なし) 左(あり・なし)
 義歯装着による臼歯部での咬合 右(あり・なし) 左(あり・なし)

3. 咀嚼能力評価

咬筋触診法 右(強い・弱い・要注意) 左(強い・弱い・要注意)

4. 舌機能評価

挺舌 (良好・要注意・不能)

舌圧 (KP) (良好・普通・要注意)
 (舌圧測定機器がある場合に計測、評価する)

5. 嚥下機能評価

反復唾液嚥下テスト(RSST)(回/30秒)(良好・要注意)

6. 粘膜の異常

(なし・あり)

7. 口腔状況

プラークの付着状況 (良好・普通・要注意) 食渣 (良好・普通・要注意)
 舌苔 (なし・殆どない・中程度・多量) 口臭 (殆どない・弱い・強い)
 義歯清掃状況 (良好・普通・要注意) 歯石付着 (なし・あり)
 口腔乾燥 (正常・軽度・中程度・重度)

8. 歯肉の状況

	17または16	11	26または27
BOP			
PD			
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

[歯周ポケットPD]
 0: 健全
 1: 浅いポケット
 2: 深いポケット
 9: 除外歯
 X: 該当歯なし

個人コード
(最大値)

歯肉出血 BOP

ポケット PD

判定区分 上記健診結果と質問紙を合わせて判定

- 問題なし
- 要指導 : 口腔清掃・義歯管理・食事指導
 摂食嚥下・その他 ()
- 要治療 : う蝕・歯周疾患・義歯・摂食嚥下
 その他 ()

保健指導実施内容・その他特記事項

医療機関コード

3 8 3

医療機関
所在地
医療機関名

TEL
歯科医師名