Patient Number 宛名番号　↓受診券から転記

(Hikone City) Dental Health Questionnaire
彦根市歯科健康診査票

Name 氏名		Birth Day 生年月日	yyyy/mm/dd 年　月　日 (　Age 歳)
Address 住所	Hikone:	TEL	(　)

Please circle the answers that best reflect your current hygiene condition. 以下の質問について、「回答」欄のあてはまる番号に〇をつけてください。

Question 質問	Answer 回答
1. Questions Regarding Your Current Oral Health. 歯や口の中の状況等についてお伺いします。	
Q. 1 Are you having any concerns related to your teeth, dental or jaw? 現在、ご自分の歯や口、あごの状態で気になることはありますか。	1. No ない　2. Yes ある
[If you answered "Yes", please circle all the conditions on the right that apply to you.] 【Q. 1で、「2. ある」と回答された方】 あてはまるものすべてに〇をつけてください。	1. Pain 痛みがある(Teeth 歯・Jaw あご) 2. Inflamed Gum and Gum Bleeding 歯ぐきのはれや出血がある 3. Bad Breath. 口臭 4. Teeth Grinding/Teeth Clenching 歯ぎしりや食いしばり 5. Bite Problems かみにくい 6. Other Condition その他 (Details:)
Q. 2 Does hot or cold or both hurts your teeth? 冷たいものや熱いものが、歯にしみますか。	1. No しみない　2. Yes, but only sometimes 時々しみる　3. Yes いつもしみる
Q. 3 Has it become difficult for you to eat something hard in the last six months? 半年前に比べて、固いものが食べにくくなりましたか。	1. No いいえ　2. Yes はい
Q. 4 Do you choke on tea, soup and the like? お茶や汁物等で、むせることがありますか。	1. No いいえ　2. Yes はい
2. Questions Regarding Your Daily Lifestyle. 日頃の生活習慣等についてお伺いします。	
Q. 5 How often do you brush your teeth in a day? 歯をみがく頻度は、どのくらいですか。	1. Once a day 1日 1回 2. Twice a day 1日2回 3. More than three times a day 1日3回以上 4. Occasionally 時々みがく 5. I do not brush my teeth みがかない
[If your answer to Q.5 is No. 1, No. 2, No. 3 or No. 4, at what time of the day do you usually brush your teeth? Please circle all the answers that are applicable to your daily tooth brushing routine.] 【Q. 5で、「5. みがかない」以外に回答された方】 歯をみがく時間について、あてはまるものすべてに〇をつけてください。	1. After Breakfast 朝食後　2. After Lunch 昼食後 3. After Dinner 夕食後　4. Before Going To Bed 夜寝る前 5. Other Time その他 (Details:)
Q. 6 Do you floss? 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか。	1. Everyday 毎日　2. Occasionally 時々　3. No いいえ
Q. 7 Do you chew thoroughly at each meal? ゆっくりよくかんで食事をしますか。	1. Everyday 毎日　2. Occasionally 時々　3. No いいえ
Q. 8 Do you smoke? たばこを吸っていますか。	1. No 吸っていない　2. Yes 吸っている
3. Questions Regarding Your Past Dental Examinations And Treatments 歯科の健(検)診や治療の状況等についてお伺いします。	
Q. 9 Did you visit a dental clinic recently? 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。	1. Yes, in the past six months. 半年以内　2. Yes, in the past year. 1年以内 3. No. I have not visited a dental clinic for more than one year. 1年以上行っていない
If your answer is No. 1 or No. 2, please circle all the reasons that were applicable to you at the time of your most recent dental visit. ①【Q. 9で、「1. 半年以内」または「2. 1年以内」と回答された方】 どのような目的で行きましたか。 あてはまるものすべてに、〇をつけてください。	1. Treatment 治療　2. Dental Check-up 歯科健(検)診 3. Hygiene Services 予防(Fluoride, Cleaning, etc. フッ化物塗布、歯の清掃など)　4. Other その他
If your answer is No. 1 or No. 2, were you told that you need treatment for periodontal disease? ②【Q. 9で、「1. 半年以内」または「2. 1年以内」と回答された方】 歯周病の治療が必要と言われましたか。	1. No. 言われなかった　2. Yes. 言われた
Q. 10 Do you have a family dentist? かかりつけの歯科医院がありますか。	1. Yes. はい　2. No. いいえ
Q. 11 How many teeth do you have? *Excluding wisdom teeth, complete denture, dental implants and dental bridges, but fakes teeth need to be counted. ご自分の歯は、何本ありますか。(親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。さし歯は含みます。)	1. More than 20 20本以上　2. Fewer Than 19 19本以下　3. Not Sure わからない
4. Question Regarding Your Medical History その他	
Q. 12 Have you ever been diagnosed with any of the medical conditions listed on the right in the past? Please circle all the diseases you have been diagnosed with. 次の病気について、指摘されたことがありますか。 あてはまるものすべてに〇をつけてください。	1. No ない　2. Diabetes 糖尿病 3. Rheumatoid Arthritis 関節リウマチ　4. Cerebral infarction (Stroke) 脳梗塞(脳卒中) 5. Angina, Heart Attack, Arteriosclerosis 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 6. Respiratory Disease 呼吸器疾患　7. Other その他

歯科健康診査事業における個人情報および健診結果については、医療機関から市が報告を受け保管します。
個人情報の取り扱いについては、彦根市個人情報の保護に関する法律施行条例を遵守しています。

（検査日　令和　　年　　月　　日）

歯科医師記入欄

(Ⅰ) 歯の状態

太枠内にご記入ください。

上顎																	上顎
(右)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	(左)
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
下顎																	下顎

	歯の状態	歯数
①	/ ： 健全歯	
②	C、R、RC： 未処置歯	
③	うちCのみの未処置歯	
④	△、◬: 喪失歯	
⑤	うち△：要補綴歯	
⑥	〇 ： 処置歯	
⑦	現在歯数 (①＋②＋⑥)	
⑧	DMF歯数 (②＋④＋⑥)	

【記入にあたり用いる符号】
健全歯 ： /
未処置歯： C (歯冠部のう蝕)
： R (根面部のう蝕)
： RC (根面部のう蝕＋歯冠部のう蝕)
喪失歯 ： △ (要補綴歯)
： ◬ (義歯、ポンティック、インプラント)
(注) 先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入。
処置歯 ： 〇 (充填歯、クラウン、ブリッジ支台)

(Ⅱ) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無

1．なし　2．あり　(Ⅱ) [ ]

(Ⅲ) 歯肉の状態(永久歯列)

【対象】 以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

①歯肉出血(BOP)
0： 健全
1： 出血あり
9： 除外歯
X： 該当歯なし

②歯周ポケット(PD)
0： 4mm未満
1： 4mm以上6mm未満
2： 6mm以上
9： 除外歯
X： 該当歯なし

	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

(Ⅲ)①歯肉出血 最大コード [ ]
(Ⅲ)②歯周ポケット 最大コード [ ]

③歯石の付着状態　1．なし　2．軽度（点状）あり　3．中等度（帯状）以上あり　(Ⅲ)③ [ ]

(Ⅳ) 歯列・咬合の状態
1．所見なし　2．所見あり　(Ⅳ) [ ]

(Ⅴ) 顎関節の症状
1．所見なし　2．所見あり　(Ⅴ) [ ]

(Ⅵ) 口腔粘膜
①粘膜の色　1．所見なし　2．所見あり　(Ⅵ)① [ ]
②粘膜の形状　1．所見なし　2．所見あり　(Ⅵ)② [ ]

(Ⅶ) 口腔衛生状態
1．良好　2．普通　3．不良　(Ⅶ) [ ]

判定区分
※1～3 のいずれかに〇をつけ、要指導または 要精密検査の場合は、それぞれの判定理由に〇をつける。

1． 異常なし	2． 要指導	3． 要精密検査
CPI 歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0(なし)	(判定理由) a. CPI 歯肉出血1(あり) かつ歯周ポケット0(なし) b. 口腔清掃状態不良 c. 生活習慣や基礎疾患（糖尿病を除く）歯科医療機関の受診状況等、指導を要する	(判定理由) a. 歯石の付着あり b. CPI 歯周ポケット1 (4～5mm) c. CPI 歯周ポケット2 (6mm以上) d. 未処置歯あり e. 要補綴歯あり f. 糖尿病の治療を行っている（または糖尿病の指摘を受けたことがある等） g. 習慣的に喫煙している h. 生活習慣や基礎疾患等 、さらに詳しい検査や治療を要する i. その他の所見あり（さらに詳しい検査や治療が必要な場合）

指導内容	医療機関名

市への連絡事項
1. 健診を行った医療機関において指導予定　3. 他医療機関（歯科）を紹介（紹介先： ）
2. 健診を行った医療機関において治療予定　4. 他医療機関（医科）を紹介（紹介先： ）