全国歯科医師国民健康保険組合　歯科健康診査用紙

（受診者記入欄）

（太枠の中をご記入ください）　　（本部提出用）

受診者　記号・番号	全歯			—								—			続柄	本人 □　家族 □
受診者 氏名											性別	男 □	女 □	年齢		歳

以下は診査時に診査者が記入してください。 ※回答欄は太枠です。

（診査者記入欄）　診査日：西暦　　年　　月　　日　　診査所要時間：（　　）分

（Ⅰ）歯の状況

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

	歯の状況	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	○ ： 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）

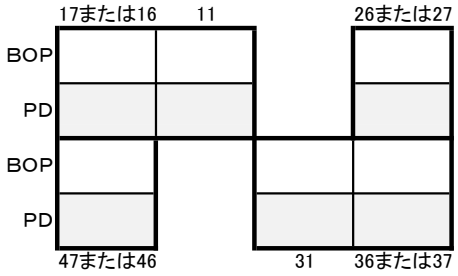
（注）先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴処置の必要性が認められないものは「×」を記入
処 置 歯　：○（充填歯、クラウン、ブリッジ支台）

（Ⅱ）補綴治療の必要がある欠損部位の有無　　※□の中に✔をつけてください

□ なし　□ あり

（Ⅲ）歯肉の状況（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歯肉出血最大コード　□

②歯周ポケット最大コード　□

①歯肉出血（BOP）
0：健全
1：出血あり（プロービング後10～30秒以内に出血が認められる）
9：除外歯（プロービングが出来ない歯（例：歯の露出が根尖に及ぶ））
X：該当歯なし

②歯周ポケット（PD）
0：健全（4mm未満）
1：浅いポケット（4mm以上6mm未満）
2：深いポケット（6mm以上）
9：除外歯（プロービングが出来ない歯（例：歯の露出が根尖に及ぶ））
X：該当歯なし

（Ⅳ）歯石の付着状況　※□の中に✔をつけてください

□ なし　□ 軽度（点状）あり　□ 中等度（帯状）以上あり

（Ⅴ）歯列・咬合の状況　※□の中に✔をつけてください

□ 所見なし　□ 所見あり

（Ⅵ）顎関節の症状　※□の中に✔をつけてください

□ 所見なし　□ 所見あり

（Ⅶ）口腔粘膜　※□の中に✔をつけてください

①粘膜の色

□ 所見なし　□ 所見あり

②粘膜の形状

□ 所見なし　□ 所見あり

（Ⅷ）口腔衛生状態　※□の中に✔をつけてください

□ 良好　□ 普通　□ 不良

1種組合員 記号・番号	全歯			—								—			診査者 氏名	