

健診結果（記入用紙）

1. う蝕、歯周病、咬合

☐異常なし ☐異常あり(要治療歯)

下記に「要観察歯CO」「要治療歯C」を記入

上顎	左8	左7	左6	左5	左4	左3	左2	左1	右1	右2	右3	右4	右5	右6	右7	右8
	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし
	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO
下顎	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	左8	左7	左6	左5	左4	左3	左2	左1	右1	右2	右3	右4	右5	右6	右7	右8
	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし	異常なし
	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO	CO
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

2. 歯肉の腫脹、疼痛、出血、排膿、歯の動揺等の視診

☐異常なし ☐異常あり(要治療歯)

3. 咬合検査

☐ 異常なし(よくかめる) ☐異常あり(よくかめない)

4. 口腔がん検診

舌	舌背		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	左側縁		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	右側縁		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	舌尖		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	舌下面		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
口底	正中		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	左側		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	右側		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
下顎歯肉	唇頬側(左)		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	唇頬側(右)		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	前歯部		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	臼歯部		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
上顎歯肉	唇頬側(左)		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	唇頬側(右)		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	前歯部		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	臼歯部		<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
口蓋	硬口蓋	正中	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
		左側	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
		右側	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
	軟口蓋	正中	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
		左側	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
		右側	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
頬粘膜	左	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）	
	右	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）	
上唇粘膜	左	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）	
	右	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）	
下唇粘膜	左	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）	
	右	<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）	
その他の部位			<input type="checkbox"/> 異常所見なし 病態（	<input type="checkbox"/> 異常所見あり	<input type="checkbox"/> 要経過観察	<input type="checkbox"/> 液状化検体細胞診検査を実施	<input type="checkbox"/> 要精密検査 ）
他院を紹介			紹介先（				

※画像を撮影もしくはファイルを選択してください。（任意）

健診結果（記入用紙）

5. パノラマX線検査

☐異常所見なし ☐異常所見あり ☐要治療 ☐要経過観察 ☐要精密検査

※X線f画像を撮影もしくはファイルを選択してください。（任意）

6. 歯のブラッシング指導

歯磨きの回数 回 ☐朝食後 ☐昼食後 ☐夕食後 ☐就寝前 ☐その他

歯ブラシの種類 ☐手動 ☐電動

歯ブラシの交換時期 ヶ月

その他の使用状況 ☐歯間ブラシ ☐フロス ☐舌ブラシ ☐その他

7. ☐臭検査

官能検査 または 機器名 測定値

☐異常なし(臭いなし) ☐異常あり ☐軽度(悪臭と感じる) ☐中等度(がまんできる悪臭) ☐強度(がまんできない悪臭)

☐臭の原因究明 ☐歯周病なし ☐歯周病あり ☐その他の原因

8. だ液検査

歯周病リスク検査

ペリオスクリーン「サンスター」を使) または 機器名

☐陰性 ☐陽性 測定値

う蝕リスク検査

CAT21バフ「モリタ」を使用 または 機器名

☐安全 ☐注意 ☐危険 測定値

9. 唾液分泌量検査

ガムテスト

☐異常なし ☐異常あり(口腔乾燥) ※10分間10ml未満は乾燥状態を疑う

測定値 ml

または

☐腔水分計ムーカス

☐異常なし ☐異常あり(口腔乾燥) ※28未満は乾燥状態を疑う

測定値