

歯科健康診査票

診察日 (西暦) 年 月 日	実施主体名 (歯科協会・企業名) 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会
受診者氏名 本人 性別 生年月日 保険証番号・番号 氏名 性別 年 月 日 (歳) 漢字	家族 性別 年 月 日 (歳) 漢字
現住所 〒○○-○○○○ TEL ( ) -	
質問 1. 現在、歯科医院に通院中ですか 2. 歯磨きは一日一回以上行っていますか 3. 歯痛や歯痛を受けたことがありますか 4. 定期的に歯科健診を受けていますか	はい いいえ はい いいえ はい いいえ はい いいえ
【診察3】の要点 ① 口腔の病気の有無 ② 歯の形態変化及び数の異常の有無 ③ 顎関節の病徴の有無 ④ 歯列・咬合不正の有無 ⑤ その他の病徴及び異常の有無	(あり) なし (あり) なし (あり) なし (あり) なし (あり) なし
【診察2】歯の状況 (FIM) の時は、歯番号を訂正する。例(2-8)は	歯の状態 1. 虫歯 2. 歯周病 3. 歯肉病 4. 歯肉腫瘍(腫瘍) 5. 歯肉腫瘍(腫瘍) 6. 歯肉腫瘍(腫瘍)
【診察3】歯肉病の状況 (CPI) CPIの診断 (該当する数字に○印のこと)	0: 歯肉なし 1: 歯肉あり 2: 歯肉なし 3: ポケットの深さ4mm未満 4: ポケットの深さ4mm以上 ×: 診察不能
口唇の健康状況	1. 良好 2. 改善が必要
その他の所見・治療内容など	
総合判定	1. 良好 2. 検査が必要 3. 治療が必要 (歯石除去のみ・その他)

① 歯科医採用

歯科健康診査票

診察日 (西暦) 年 月 日	実施主体名 (歯科協会・企業名) 歯科医師会 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会
受診者氏名 本人 性別 生年月日 保険証番号・番号 氏名 性別 年 月 日 (歳) 漢字	家族 性別 年 月 日 (歳) 漢字
現住所 〒○○-○○○○ TEL ( ) -	
質問 1. 現在、歯科医院に通院中ですか 2. 歯磨きは一日一回以上行っていますか 3. 歯痛や歯痛を受けたことがありますか 4. 定期的に歯科健診を受けていますか	はい いいえ はい いいえ はい いいえ はい いいえ
【診察1】 結核・歯・顎関節及びその他の状況 (1) 結核の病徴の有無 (2) 歯の形態変化及び数の異常の有無 (3) 顎関節の病徴の有無 (4) 歯列・咬合不正の有無 (5) その他の病徴及び異常の有無	(あり) なし (あり) なし (あり) なし (あり) なし (あり) なし
【診察2】 歯の状況をお知らせします。	歯の状態 1. 虫歯 2. 歯周病 3. 歯肉病 4. 歯肉腫瘍(腫瘍) 5. 歯肉腫瘍(腫瘍) 6. 歯肉腫瘍(腫瘍)
【診察3】 歯肉病の状況 (CPI) をお知らせします。 診察の結果、あなたの歯は下の○印の状況です。	0: 歯肉なし 1: 歯肉あり 2: 歯肉なし 3: ポケットの深さ4mm未満 4: ポケットの深さ4mm以上 ×: 診察不能
口唇の健康状況	1. 良好 2. 改善が必要
その他の所見・治療内容など	
総合判定	1. 良好 2. 検査が必要 3. 治療が必要 (歯石除去のみ・その他)

② 企業・健康組合用

歯科健康診査票

診察日 (西暦) 年 月 日	実施主体名 (歯科協会・企業名) 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会
受診者氏名 本人 性別 生年月日 保険証番号・番号 氏名 性別 年 月 日 (歳) 漢字	家族 性別 年 月 日 (歳) 漢字
現住所 〒○○-○○○○ TEL ( ) -	
質問 1. 現在、歯科医院に通院中ですか 2. 歯磨きは一日一回以上行っていますか 3. 歯痛や歯痛を受けたことがありますか 4. 定期的に歯科健診を受けていますか	はい いいえ はい いいえ はい いいえ はい いいえ
【診察3】の要点 ① 口腔の病気の有無 ② 歯の形態変化及び数の異常の有無 ③ 顎関節の病徴の有無 ④ 歯列・咬合不正の有無 ⑤ その他の病徴及び異常の有無	(あり) なし (あり) なし (あり) なし (あり) なし (あり) なし
【診察2】歯の状況 (FIM) の時は、歯番号を訂正する。例(2-8)は	歯の状態 1. 虫歯 2. 歯周病 3. 歯肉病 4. 歯肉腫瘍(腫瘍) 5. 歯肉腫瘍(腫瘍) 6. 歯肉腫瘍(腫瘍)
【診察3】歯肉病の状況 (CPI) CPIの診断 (該当する数字に○印のこと)	0: 歯肉なし 1: 歯肉あり 2: 歯肉なし 3: ポケットの深さ4mm未満 4: ポケットの深さ4mm以上 ×: 診察不能
口唇の健康状況	1. 良好 2. 改善が必要
その他の所見・治療内容など	
総合判定	1. 良好 2. 検査が必要 3. 治療が必要 (歯石除去のみ・その他)

③ 北海道薬剤師会採用

歯科健康診査票

診察日 (西暦) 年 月 日	実施主体名 (歯科協会・企業名) 歯科医師会 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会 北海道薬剤師会
受診者氏名 本人 性別 生年月日 保険証番号・番号 氏名 性別 年 月 日 (歳) 漢字	家族 性別 年 月 日 (歳) 漢字
現住所 〒○○-○○○○ TEL ( ) -	
質問 1. 現在、歯科医院に通院中ですか 2. 歯磨きは一日一回以上行っていますか 3. 歯痛や歯痛を受けたことがありますか 4. 定期的に歯科健診を受けていますか	はい いいえ はい いいえ はい いいえ はい いいえ
【診察1】 結核・歯・顎関節及びその他の状況 (1) 結核の病徴の有無 (2) 歯の形態変化及び数の異常の有無 (3) 顎関節の病徴の有無 (4) 歯列・咬合不正の有無 (5) その他の病徴及び異常の有無	(あり) なし (あり) なし (あり) なし (あり) なし (あり) なし
【診察2】 歯の状況をお知らせします。	歯の状態 1. 虫歯 2. 歯周病 3. 歯肉病 4. 歯肉腫瘍(腫瘍) 5. 歯肉腫瘍(腫瘍) 6. 歯肉腫瘍(腫瘍)
【診察3】 歯肉病の状況 (CPI) をお知らせします。 診察の結果、あなたの歯は下の○印の状況です。	0: 歯肉なし 1: 歯肉あり 2: 歯肉なし 3: ポケットの深さ4mm未満 4: ポケットの深さ4mm以上 ×: 診察不能
口唇の健康状況	1. 良好 2. 改善が必要
その他の所見・治療内容など	
総合判定	1. 良好 2. 検査が必要 3. 治療が必要 (歯石除去のみ・その他)

④ 受診者用