様式第２号（第８条関係）　　【和水町】

歯周病検診票

検診日：　　年　　月　　日

対象者氏名：

（診査者記入欄）

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。

（Ⅰ）歯の状況

上顎（右）下顎	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	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

【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）

：㊀（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　　：○（充填歯、クラウン、ブリッジ支台）

	歯の状況	歯数
①	/　：健全歯	
②	C,R,RC：未処理歯	
③	うちCのみの未処理歯	
④	△、㊀：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）	

（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）

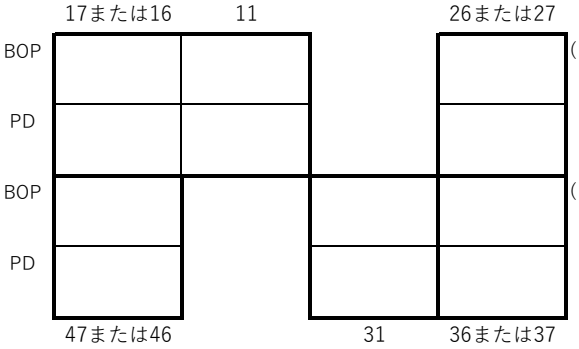
【対象】以下の6歯　※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

①歯肉出血（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



（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歯石の付着状況

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・咬合の状況

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）

裏面あり→

判定区分

※１．～３．のいずれかに○をつけ、２．要指導、または３．要精密検査の場合は、
それぞれの判定の理由a.～c.またはa.～i.の該当するものに○を付けること。

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歯肉ポケット１（４～５ｍｍ） c.CPI歯肉ポケット２（６ｍｍ以上） 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（更に詳しい検査や治療が必要な場合）

【指導内容・目標】

【市町村への連絡事項】

１．健診を行った医療機関において指導予定

２．健診を行った医療機関において治療予定

３．他医療機関（歯科）を紹介（紹介先：　　）

４．他医療機関（医科）を紹介（紹介先：　　）

・検診者（医療機関名）

・医療機関コード
（　　）

参考）２０２３歯周病検診マニュアル