

令和4年度 宮城県歯と口腔の健康実態調査 口腔診査票

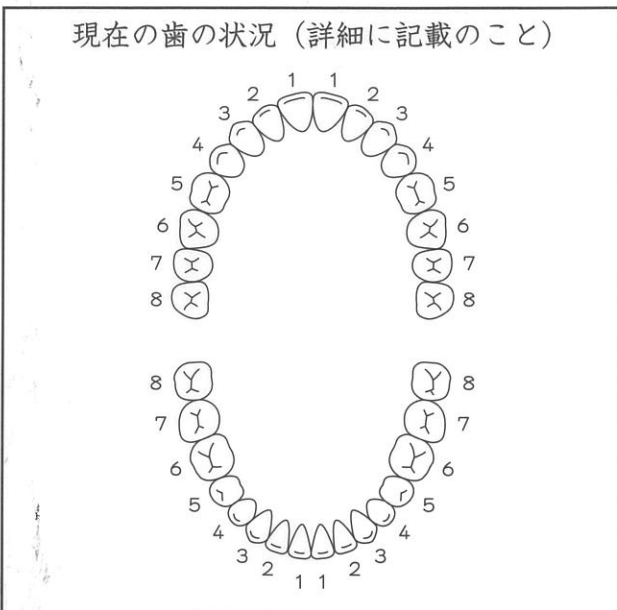
I	D				調査日 (受診日)	令和4年	月	日
職	業	生年	昭和・平成	年	性別	男・女		

※ここから下は歯科医療機関が記入する欄です。

口腔診査 現在歯・喪失歯の状況 (喪失歯のうち、補綴不要な歯には×を記入)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

1 健全歯数 (/)	2 未処置歯数 (C)	3 処置歯数 (○)	4 現在歯数 (1+2+3)	5 要補綴歯 (△)	6 欠損補綴歯 (⊕)
---------------	----------------	---------------	-------------------	---------------	----------------



歯肉の状況

		16または17の 数値の高い方	1 1	26または27の 数値の高い方		
BOP					11が欠損の場合	
PD					上顎は頬唇側	
BOP					下顎は舌側	
PD					31が欠損の場合	
		46または47の 数値の高い方	3 1	36または37の 数値の高い方		
PD	PD 最大値			BOP	BOP 最大値	

該当するものに○をつけてください。

口腔清掃状態	CPIの判定 (歯肉の状況)		歯石の状況	その他の所見
1 良好	0 健全	0 健全	1 あり (点状・帯状)	1 あり (該当するもの全てに○) ・食片圧入 ・楔状欠損 ・歯列咬合異常 ・顎関節異常 ・粘膜異常
2 普通	1 ポケット(4~5mm)	1 出血あり	2 なし	2 なし
3 不良	2 ポケット(6mm以上)	9 除外歯		
	9 除外歯	× 該当歯なし		
	× 該当歯なし			

判定区分 (該当するものに○をつける)

1 異常なし ・むし歯やその他の所見なし ・歯周ポケット0 ・歯肉出血0	2 要指導 ・歯周ポケット0 ・歯肉出血1 ・口腔清掃状況不良 ・歯石の付着あり	3 要精検・要治療 ・歯周ポケット1・2 ・むし歯あり ・要補綴歯あり ・その他の所見あり
---	--	---

診査医療機関名

memo