

様式1-1

お口の元気歯ッピー検診

検診票

歯科医療機関名	
検診担当者	
BMI ※BMI=体重(kg)/身長(m)/身長(m)	
体重	kg
身長	cm
生年月日	昭和 年 月 日
年齢	歳
電話番号	— —

【検査1 口腔内検査】 (該当項目に○印をつける)

①粘膜の疾病	0 なし 1 あり()	②歯の形態変化及び数の異常	0 なし 1 あり()
③顎関節の疾病	0 なし 1 あり()	④歯列・咬合不正	0 なし 1 あり()
⑤その他の疾病及び異常	0 なし 1 あり()		

⑥歯の状況

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

健全歯 /, -
未処置歯 C
処置歯 O
要補綴歯 Δ
欠損補綴歯 △
先天欠如等で
空隙がないもの X

1.健全歯数(/)	2.未処置歯数(C)	3.処置歯数(O)	4.現在歯数(1+2+3)	5.要補綴歯数(Δ)	6.欠損補綴歯数(△)
1 本	2 本	3 本	4 本	5 本	6 本

⑦歯肉の状況(CPI)

歯周ポケットコード

右	76	1	67	左
	76	1	67	

コード
0:健全
1:浅いポケット(4~5mm)
2:深いポケット(6mm以上)
X:該当歯なし

歯肉出血コード

右	76	1	67	左
	76	1	67	

コード
0:健全
1:出血あり
X:該当歯なし

歯周ポケットコードの最大値(CPI個人コード) 6

歯肉出血コードの最大値(CPI個人コード) 13

(該当項目に○印をつける)

⑧口腔清掃状況 (代表歯)	0 良好 1 普通 2 不良	⑨歯石の付着状況 (代表歯)	0 なし 1 軽度 2 中等度以上	⑩義歯の使用	0 あり 1 なし	⑪義歯の適合	0 良い 1 悪い
---------------	----------------------	----------------	-------------------------	--------	--------------	--------	--------------

【検査2 口腔機能検査】 (該当項目に○印をつける)

⑫口腔乾燥	0 なし 1 あり	⑬舌苔の有無	0 ない 1 中程度 2 著しい	⑭口臭の有無	0 ない 1 弱い 2 強い
-------	--------------	--------	------------------------	--------	----------------------

⑮頬の膨らまし検査	右 0 十分 1 不十分 左 2 十分 3 不十分	評価	左右いずれも「十分」の場合 + + · -
⑯反復唾液嚥下テスト(RSST)	0 0~1回 1 2回 2 3回以上	評価	「3回以上」で + + · -
⑰オーラルディアドコキネシス (1秒間あたりの発音回数を記入)	パ 参考値 6回/秒 タ 参考値 6回/秒 カ 参考値 6回/秒	評価	3つ全て参考値を上回れば + + · -
⑱食事マップのチェック (食べられるもの最大スコアを記入)		評価	食べられるもの3以上で + + · -
⑲アンケート結果からの評価 (右記質問に「はい」の場合○)	0 No.11 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか 1 No.12 お茶や汁物等でむせることがありますか 2 No.13 口の渴きが気になりますか 3 上記質問に該当なし(全て「いいえ」)	評価	該当が1つ以下の場合 + + · -

【判定】 (該当項目に○印をつける)

検査1、2に所見を認めない		1	異常なし
CPI:歯周ポケット0かつ歯肉出血1及び検査1⑧または⑨のみの所見		2	要指導
検査1に所見あり	1 歯周治療(CPI個人コード1以上) 2 う蝕治療(未処置歯あり) 3 補綴処置(要補綴歯あり) 4 義歯(調整・修理・再作製) 5 その他()	3	要治療・要精密検査
検査2に所見あり (口腔機能評価)	6 口腔乾燥 7 舌苔 8 口臭を認めるもの 9 【検査2口腔機能検査】⑮~⑲でマイナス(-)判定のものがあるもの 10 その他()	4	要指導・要精密検査

※市町村の他部署(介護等)との情報共有に同意します() 同意しません()

様式1-2

お口の元気歯ッピー検診

検診票

歯科医療機関名	
検診担当者	
BMI ※BMI=体重(kg)/身長(m)/身長(m)	
体重	kg
身長	cm
生年月日	昭和 年 月 日
年齢	歳
電話番号	— —

【検査1 口腔内検査】 (該当項目に○印をつける)

①粘膜の疾病	なし あり()	②歯の形態変化及び数の異常	なし あり()
③顎関節の疾病	なし あり()	④歯列・咬合不正	なし あり()
⑤その他の疾病及び異常	なし あり()		

⑥歯の状況

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

健全歯 /, -
未処置歯 C
処置歯 O
要補綴歯 Δ
欠損補綴歯 ⊕
先天欠如等で
空隙がないもの X

1.健全歯数(/)	2.未処置歯数(C)	3.処置歯数(O)	4.現在歯数(1+2+3)	5.要補綴歯数(Δ)	6.欠損補綴歯数(⊕)
本	本	本	本	本	本

⑦歯肉の状況(CPI)

歯周ポケットコード

右	76	1	67	左
	76	1	67	

コード
0:健全
1:浅いポケット(4~5mm)
2:深いポケット(6mm以上)
X:該当歯なし

歯肉出血コード

右	76	1	67	左
	76	1	67	

コード
0:健全
1:出血あり
X:該当歯なし

歯周ポケットコードの最大値(CPI個人コード)

歯肉出血コードの最大値(CPI個人コード)

(該当項目に○印をつける)

⑧口腔清掃状況 (代表歯)	良好 普通 不良	⑨歯石の付着状況 (代表歯)	なし 軽度 中等度以上	⑩義歯の使用	あり なし	⑪義歯の適合	良い 悪い
---------------	----------------	----------------	-------------------	--------	----------	--------	----------

【検査2 口腔機能検査】 (該当項目に○印をつける)

⑫口腔乾燥	なし あり	⑬舌苔の有無	ない 中程度 著しい	⑭口臭の有無	ない 弱い 強い
-------	----------	--------	------------------	--------	----------------

⑮頬の膨らまし検査	右	十分	不十分	左	十分	不十分	評価	左右いずれも「十分」の場合+	+ · -
⑯反復唾液嚥下テスト(RSST)	0~1回		2回		3回以上		評価	「3回以上」で +	+ · -
⑰オーラルディアドコネシス (1秒間あたりの発音回数を記入)	パ	回/秒 参考値 6回/秒	タ	回/秒 参考値 6回/秒	カ	回/秒 参考値 6回/秒	評価	3つ全て参考値を上回れば+	+ · -
⑱食事マップのチェック (食べられるもの最大スコアを記入)							評価	食べられるもの3以上で +	+ · -
⑲アンケート結果からの評価 (右記質問に「はい」の場合○)	No.11 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか No.12 お茶や汁物等でむせることがありますか No.13 口の渴きが気になりますか 上記質問に該当なし(全て「いいえ」)						評価	該当が1つ以下の場合 +	+ · -

【判定】 (該当項目に○印をつける)

検査1、2に所見を認めない				異常なし
CPI:歯周ポケット0かつ歯肉出血1及び検査1⑧または⑨のみの所見				要指導
検査1に所見あり	歯周治療(CPI個人コード1以上)	う蝕治療(未処置歯あり)	補綴処置(要補綴歯あり)	要治療・要精密検査
	義歯(調整・修理・再作製)	その他()		
検査2に所見あり (口腔機能評価)	口腔乾燥	舌苔	口臭を認めるもの	要指導・要精密検査
	【検査2口腔機能検査】⑮~⑲でマイナス(-)判定のものがあるもの			
	その他()			

※市町村の他部署(介護等)との情報共有に同意します() 同意しません()

様式1-3

お口の元気歯ッピー検診

検診票

歯科医療機関名	
検診担当者	
BMI ※BMI=体重(kg)/身長(m)/身長(m)	
体重	kg
身長	cm
生年月日	昭和 年 月 日
年齢	歳
電話番号	— —

検査日付 (西暦)	年 月 日	被保険者番号	
ふりがな			
氏名		性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
電話番号	— —		

【検査1 口腔内検査】 (該当項目に○印をつける)

①粘膜の疾病	なし あり()	②歯の形態変化及び数の異常	なし あり()
③顎関節の疾病	なし あり()	④歯列・咬合不正	なし あり()
⑤その他の疾病及び異常	なし あり()		

⑥歯の状況

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

健全歯 /, -
未処置歯 C
処置歯 O
要補綴歯 Δ
欠損補綴歯 ⊕
先天欠如等で
空隙がないもの X

1.健全歯数(/)	2.未処置歯数(C)	3.処置歯数(O)	4.現在歯数(1+2+3)	5.要補綴歯数(Δ)	6.欠損補綴歯数(⊕)
本	本	本	本	本	本

⑦歯肉の状況(CPI)

歯周ポケットコード

右	76	1	67	左
	76	1	67	

コード
0:健全
1:浅いポケット(4~5mm)
2:深いポケット(6mm以上)
X:該当歯なし

歯肉出血コード

右	76	1	67	左
	76	1	67	

コード
0:健全
1:出血あり
X:該当歯なし

歯周ポケットコードの最大値(CPI個人コード)

歯肉出血コードの最大値(CPI個人コード)

(該当項目に○印をつける)

⑧口腔清掃状況 (代表歯)	良好 普通 不良	⑨歯石の付着状況 (代表歯)	なし 軽度 中等度以上	⑩義歯の使用	あり なし	⑪義歯の適合	良い 悪い
------------------	----------------	-------------------	-------------------	--------	----------	--------	----------

【検査2 口腔機能検査】 (該当項目に○印をつける)

⑫口腔乾燥	なし あり	⑬舌苔の有無	ない 中程度 著しい	⑭口臭の有無	ない 弱い 強い
-------	----------	--------	------------------	--------	----------------

⑮頬の膨らまし検査	右	十分	不十分	左	十分	不十分	評価	左右いずれも「十分」の場合+	+・-
⑯反復唾液嚥下テスト(RSST)	0~1回		2回		3回以上		評価	「3回以上」で+	+・-
⑰オーラルディアドコキネシス (1秒間あたりの発音回数を記入)	パ	回/秒 参考値 6回/秒	タ	回/秒 参考値 6回/秒	カ	回/秒 参考値 6回/秒	評価	3つ全て参考値を上回れば+	+・-
⑱食事マップのチェック (食べられるもの最大スコアを記入)							評価	食べられるもの3以上で+	+・-
⑲アンケート結果からの評価 (右記質問に「はい」の場合○)	No.11 半年前に比べて硬いものが食べにくくなりましたか No.12 お茶や汁物等でむせることがありますか No.13 口の渴きが気になりますか 上記質問に該当なし(全て「いいえ」)						評価	該当が1つ以下の場合+	+・-

【判定】 (該当項目に○印をつける)

★現在のお口の状態は良好です。今後も自己管理と定期健診を心掛けましょう。	異常なし
★日常生活の改善が必要です。かかりつけの歯医者に相談しましょう。	要指導
★歯周病の治療を受けましょう	要治療・要精密検査
★入れ歯の調整が必要です	
★むし歯の治療を受けましょう	要治療・要精密検査
★その他()	
★口腔機能向上に努めましょう	要指導・要精密検査
★その他()	

※市町村の他部署(介護等)との情報共有に同意します() 同意しません()