

お口元気 歯ッピー健診

健診票

歯科医療機関名

健診日 (西暦)	年	月	日	被保険者番号	健診担当者
ふりがな	昭和 年 月 日			BMI	
氏名	電話 番号			身長	体重
				cm	kg

※BMI=体重(kg)/身長(m)/身長(m)

①粘膜の疾病	0 なし	1 あり	※①~⑤の特記事項を記入
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(⊕)
本	本	本	本	本	本

歯肉の状況(CPI)

歯周ポケットコード

76	1	67
右		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

⑦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

76	1	67
右		左
76	1	67

コード
0:健全
1:出血あり
X:該当歯なし

⑧歯肉出血コードの最大値
(CPI個人コード)

⑨口腔清掃状況(代表歯)	0 良好	1 普通	2 不良
⑩歯石の付着状況(代表歯)	0 なし	1 軽度	2 中等度以上
⑪義歯の使用	0 なし	1 あり	→ ⑫義歯の適合
			0 良い 1 悪い

「あり」の場合

⑬口腔乾燥	0 なし	1 あり	
⑭舌苔の有無	0 ない	1 中程度	2 著しい
⑮口臭の有無	0 ない	1 弱い	2 強い

⑯頬の膨らまし検査

右	十分	不十分	左	十分	不十分
---	----	-----	---	----	-----

⇒ 左右いずれも十分の場合 +

⑰反復唾液嚥下テスト(RSST)

0~1回	2回	3回以上
------	----	------

⇒ 3回以上で +

⑱オールラジアドコキネシス

パ	(参考値) 回/秒 6.0回/秒	タ	(参考値) 回/秒 6.0回/秒	カ	(参考値) 回/秒 6.0回/秒
---	---------------------	---	---------------------	---	---------------------

⇒ 3つ全て参考値を上回れば +

⑲お食事マップのチェック

(お食事マップの中で、食べられる食品・食事の最大値)

⇒ 3以上で +

⑳アンケート調査票からの評価

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	はい・いいえ
No.12 お茶や汁物等でむせることがありますか	はい・いいえ
No.13 口の渴きが気になりますか	はい・いいえ

⇒ 該当が1つ以下の場合 +

検査1、検査2に所見を認めない(問題なし) → 1 異常なし

検査1に所見あり	1 CPI=歯周ポケット0かつ歯肉出血1	2 歯石の付着あり	3 口腔清掃状態不良	⇒ 2 要指導
	4 歯周治療(CPI=歯周ポケット1以上)	5 う蝕治療(未処置歯あり)		⇒ 3 要治療・要精密検査
	6 補綴処置(要補綴歯あり)	7 義歯(調整・修理・再作成)		
	8 その他()			
検査2に所見あり (口腔機能評価)	9 口腔乾燥あり	10 舌苔を認めるもの		⇒ 4 要指導・要精密検査
	11 口臭を認めるもの	12 ⑯~⑳の評価にマイナス(-)がある		
	13 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()

お口元気 歯ッピー健診

健診票

歯科医療機関名

健診日 (西暦)	年	月	日	被保険者番号	健診担当者
ふりがな	昭和 年 月 日			BMI	
氏名	電話 番号			身長	cm
				体重	kg

※BMI=体重(kg)/身長(m)/身長(m)

①粘膜の疾病	0 なし	1 あり	※①~⑤の特記事項を記入
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(⊕)
本	本	本	本	本	本

歯肉の状況(CPI)

歯周ポケットコード

76	1	67
右		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

⑦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

76	1	67
右		左
76	1	67

コード
0:健全
1:出血あり
X:該当歯なし

⑧歯肉出血コードの最大値
(CPI個人コード)

⑨口腔清掃状況(代表歯)	0 良好	1 普通	2 不良
⑩歯石の付着状況(代表歯)	0 なし	1 軽度	2 中等度以上
⑪義歯の使用	0 なし	1 あり	⑫義歯の適合
			0 良い
			1 悪い

「あり」の場合

⑬口腔乾燥	0 なし	1 あり	
⑭舌苔の有無	0 ない	1 中程度	2 著しい
⑮口臭の有無	0 ない	1 弱い	2 強い

⑯頬の膨らまし検査	右	十分	不十分	左	十分	不十分	⇒	左右いずれも十分の場合 +	
⑰反復唾液嚥下テスト(RSST)	0~1回		2回		3回以上		⇒	3回以上で +	
⑱オーラルディアドコキネシス	パ	(参考値) 回/秒 6.0回/秒	タ	(参考値) 回/秒 6.0回/秒	カ	(参考値) 回/秒 6.0回/秒	⇒	3つ全て参考値を上回れば +	
⑲お食事マップのチェック	(お食事マップの中で、食べられる食品・食事の最大値)						⇒	3以上で +	
⑳アンケート調査票からの評価	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					はい・いいえ	⇒	該当が1つ以下の場合 +	
	No.12 お茶や汁物等でむせることがありますか					はい・いいえ			
	No.13 口の渴きが気になりますか					はい・いいえ			

検査1、検査2に所見を認めない(問題なし)	⇒	1 異常なし			
検査1に所見あり	1 CPI=歯周ポケット0かつ歯肉出血1	2 歯石の付着あり	3 口腔清掃状態不良	⇒	2 要指導
	4 歯周治療(CPI=歯周ポケット1以上)	5 う蝕治療(未処置歯あり)		⇒	3 要治療・要精密検査
	6 補綴処置(要補綴歯あり)	7 義歯(調整・修理・再作成)			
	8 その他()				
検査2に所見あり (口腔機能評価)	9 口腔乾燥あり	10 舌苔を認めるもの		⇒	4 要指導・要精密検査
	11 口臭を認めるもの	12 ⑯~⑳の評価にマイナス(-)がある			
	13 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()

お口元気 歯ッピ健診

健診票

健診日 (西暦)	年 月 日	被保険者番号	健診担当者	歯科医療機関名
ふりがな	昭和 年 月 日		BMI ※BMI=体重(kg)/身長(m)/身長(m)	
氏名	電話番号	-	身長	cm 体重 kg

①粘膜の疾病	0 なし	1 あり	※①~⑤の特記事項を記入
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(⊕)
本	本	本	本	本	本

歯肉の状況(CPI)

歯周ポケットコード

76	1	67
右		左

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

⑦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

76	1	67
右		左

コード
0:健全
1:出血あり
X:該当歯なし

⑧歯肉出血コードの最大値(CPI個人コード)

⑨口腔清掃状況(代表歯)	0 良好	1 普通	2 不良
⑩歯石の付着状況(代表歯)	0 なし	1 軽度	2 中等度以上
⑪義歯の使用	0 なし	1 あり	⑫義歯の適合
		「あり」の場合	0 良い 1 悪い

【検査2】 口腔機能検査

⑬口腔乾燥	0 なし	1 あり	
⑭舌苔の有無	0 ない	1 中程度	2 著しい
⑮口臭の有無	0 ない	1 弱い	2 強い

⑯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 +						

⑰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 +			

⑱オールラルディアドコキネシス

パ	(参考値) 6.0回/秒	タ	(参考値) 6.0回/秒	カ	(参考値) 6.0回/秒	評価
⇒ 3つ全て参考値を上回れば +						

⑲お食事マップのチェック

(お食事マップの中で、食べられる食品・食事の最大値)

⇒ 3以上で +

⑳アンケート調査票からの評価

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	はい・いいえ	⇒ 該当が1つ以下の場合 +
No.12 お茶や汁物等でむせることがありますか	はい・いいえ	
No.13 口の渴きが気になりますか	はい・いいえ	

【判定】 健診結果

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。	1 異常なし
日常生活の改善が必要です。かかりつけの歯科医に相談しましょう。	2 要指導
歯周病治療を受けましょう 入れ歯などの処置が必要です その他()	3 要治療・要精密検査
口腔機能向上に努めましょう 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()