歯科健診票　太枠の中を大きくハッキリご記入ください

実施期間：2026年９月から12月中

個人情報の取り扱いについて

歯科健診記録は、個人情報保護管理規程に基づき管理いたします。また、統計処理・調査研究等に用いる場合は、匿名化して特定個人が識別できない方法で行います。分析結果を学会発表や学術雑誌に公表する際も個人が識別されることはありません。ご同意いただける場合「同意する」にチェック ☑ をしてください。

どちらかにチェック ✓をしてください

☐ 同意する　☐ 同意しない

受診歯科医院				
※公的身分証に記載 シメイ（ｶﾀｶﾅ）				
生年月日（西暦）	年　月　日		性別	☐ 男 性　☐ 女 性
被保険者証	記号		番号	
健康保険組合名				

以下の設問についてあてはまる番号を右側の解答欄に記入してください。						**番号 解答欄**
1. 「職場歯科健診」を受けたことがありますか	1. ある	2. ない				
2. 歯科医院での定期健診を受けていますか	1. １年に２回以上	2. １年に１回	3. 受けていない			
3. 歯をみがくのはいつですか　**※該当するすべてを記入**	1. 朝	2. 昼	3. 夜	4. その他	5. 毎日みがかない	
4. 歯間ブラシまたはデンタルフロスを使っていますか	1. 毎日	2. 週１回以上	3. 使用なし			
5. 舌清掃を行っていますか	1. 毎日	2. 週１回以上	3. 使用なし			
6. 薬用洗口液を使っていますか	1. 毎日	2. 週１回以上	3. 使用なし			
7. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	1.何でもかんで食べることができる	2.歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある	3.ほとんどかめない			
8. たばこを吸っていますか	1. 吸っている	2. 吸っていない				

頬

右上67 BOP	
右上67 **PD**	ミリ

↳右上67の最悪所見

右上1 BOP	
右上1 **PD**	ミリ

左上67 BOP	
左上67 **PD**	ミリ

↳左上67の最悪所見

右

右上8	右上7	右上6	右上5	右上4	右上3	右上2	右上1	左上1	左上2	左上3	左上4	左上5	左上6	左上7	左上8

右下8	右下7	右下6	右下5	右下4	右下3	右下2	右下1	左下1	左下2	左下3	左下4	左下5	左下6	左下7	左下8

左

舌

右下67 **PD**	ミリ
右下67 BOP	

↳右下67の最悪所見

左下1 **PD**	ミリ
左下1 BOP	

左下67 **PD**	ミリ
左下67 BOP	

↳左下67の最悪所見

	判定	内容
B O P	0	出血なし
	1	出血あり
	×	該当歯なし 測定できない歯

	プロービング値をミリ数で記入	
	判定	内容
P D	×	該当歯なし 測定できない歯

歯式	判定	内容
現在歯	1	健全歯 処置歯
	C	未処置歯
喪失歯	×	補綴歯 補綴不要
	△	要補綴 義歯未装着

				番号　記入欄
口腔清掃状態	1. 良好 (ほとんどなし)	2. 普通 (良好・不良に該当しない)	3. 不良 (歯面1/3を超える)	
歯石付着状態	1. なし	2. 軽度 (点状)	3. 中等度以上 (帯状)	
口腔粘膜	1. 所見なし	2. 所見あり	※粘膜・顎所見記入	
顎関節	1. 所見なし	2. 所見あり		

判定：

＊歯科健診票送信先　FAX：03-3818-2977　E-MAIL：kenshin@jfohp.or.jp

お問い合わせ　一般財団法人日本口腔保健協会　担当：山田・根岸　TEL：03-3818-4158

2026.4.1 一般財団法人日本口腔保健協会（不許複製）