


保険者番号	3 9 2 7
健診日	令和 年 月 日
被保険者番号	

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
氏名					
住所	(〒 -)	電話	() -	身長	cm
				体重	kg

問診 (あてはまるところに○をつけてください。)

- 問 1. 現在、ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか。該当するものすべてに○をつけてください。
 1 かみ具合 2 外観 3 発語 4 口臭 5 痛み 6 飲み込みにくい 7 歯科治療が中断している
 8 義歯(入れ歯)の具合が悪い 9 その他() 10 特になし
- 問 2. 入れ歯を使っていますか。 1 使っている 2 持っているが使っていない 3 持っていない
- 問 3. 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか。 1 はい 2 いいえ
- 問 4. かかりつけの歯科医院がありますか。 1 はい 2 いいえ
- 問 5. 年に1回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか。 1 はい 2 いいえ
- 問 6. 現在、次のいずれかの病気で治療を受けている、もしくは受けたことがありますか。
 ⇒ 該当するものすべてに○をつけてください。
 1 糖尿病 2 脳卒中 3 心臓病 4 がん 5 肺疾患(肺炎含む) 6 骨粗鬆症 7 高血圧
 8 その他() 9 特になし
- 問 7. 現在、治療のために薬を飲んでいますか。 1 はい(1 四種類以下 2 五種類以上) 2 いいえ
- 問 8. たばこを吸っていますか。 1 はい 2 やめた 3 吸ったことがない
- 問 9. 1日2回以上歯を磨いていますか。 1 はい 2 いいえ
- 問 10. 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか。 1 はい 2 いいえ
- 問 11. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。 1 はい 2 いいえ
- 問 12. お茶や汁物等でむせることがありますか。 1 はい 2 いいえ
- 問 13. 口の渇きが気になりますか。 1 はい 2 いいえ
- 問 14. 週一回以上は外出していますか。 1 はい 2 いいえ
- 問 15. 過去半年間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。 1 はい 2 いいえ
- 問 16. 過去半年間で発熱(37.8度以上)がありましたか。 1 はい 2 いいえ
- 問 17. 介護認定を受けていますか。 1 受けていない 2 要支援 3 要介護 4 わからない
- 問 18. 次の各質問で、あてはまる番号に○をつけてください。
 (飲み込みに問題がないかを確認する質問です。)

0 1 2 3 4
 問題なし  ひどく問題

- | | |
|------------------------------|-------------|
| (1) 飲み込みの問題が原因で、体重が減少した | (0 1 2 3 4) |
| (2) 飲み込みの問題が外出に行くための障害になっている | (0 1 2 3 4) |
| (3) 液体を飲み込む時に、余分な努力が必要だ | (0 1 2 3 4) |
| (4) 固形物を飲み込む時に、余分な努力が必要だ | (0 1 2 3 4) |
| (5) 錠剤を飲み込む時に、余分な努力が必要だ | (0 1 2 3 4) |
| (6) 飲み込むことが苦痛だ | (0 1 2 3 4) |
| (7) 食べる喜びが飲み込みによって影響を受けている | (0 1 2 3 4) |
| (8) 飲み込む時に食べ物がのどに引っかかる | (0 1 2 3 4) |
| (9) 食べる時に咳が出る | (0 1 2 3 4) |
| (10) 飲み込むことはストレスが多い | (0 1 2 3 4) |

1. 歯の状態(口腔内検査)

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	

義歯(FD・PD)、Brを欄外に記入		
1 健全歯	: /	本
2 処置歯	: O	本
3 未処置歯	: C	本
4 現在歯(1+2+3)		本
5 欠損歯	: Δ	本
6 欠損補綴歯	: ⊕	本

機能歯数 【 本 】 (歯冠のある現在歯と欠損補綴歯の合計歯数)

義歯の装着状況 【 上顎(1 総義歯 2 局部 3 義歯無) 】 【 下顎(1 総義歯 2 局部 3 義歯無) 】

義歯の適合状況 【 1 良好 2 義歯不適合 3 義歯破損 4 義歯無 】

インプラント 【 1 有 2 無 】

2. 歯周組織の状況

CPI(改変)	7or6	1	6or7	
BOP				BOP
PD				PD
BOP				BOP
PD				PD

個人コード最大値

歯肉出血 BOP	
歯周ポケットPD	

[歯肉出血 BOP]	[歯周ポケットPD]
0:健全	0:健全
1:出血あり	1:浅いポケット(4mm以上6mm未満)
9:除外歯	2:深いポケット(6mm以上)
×:該当歯なし	9:除外歯
	×:該当歯なし

7or6 1 6or7 (前歯部の対象歯が欠損の場合は反対側同名歯を検査対象とする)

■総合判定 【 1 異常なし 2 要注意 】 (問診 問6,8と口腔内所見、CPIの結果を参考に判定する)

3. 咬合の状態 前歯 【 1 現在歯と現在歯 2 現在歯と欠損補綴歯 3 欠損補綴歯と欠損補綴歯(※複数選択) 4 無
 右側臼歯 【 1 現在歯と現在歯 2 現在歯と欠損補綴歯 3 欠損補綴歯と欠損補綴歯(※複数選択) 4 無
 左側臼歯 【 1 現在歯と現在歯 2 現在歯と欠損補綴歯 3 欠損補綴歯と欠損補綴歯(※複数選択) 4 無

■総合判定 【 1 良好 2 要注意 】 (問診 問2,3,11と口腔内所見を参考に判定する)

4. 口腔衛生状況

歯垢	【 1 ほとんどない 2 中程度 3 多量 4 現在歯無 】	歯石	【 1 ほとんどない 2 中程度 3 多量 4 現在歯無 】
食渣	【 1 ほとんどない 2 中程度 3 多量 】	舌苔	【 1 ほとんどない 2 中程度 3 多量 】
口臭	【 1 ほとんどない 2 中程度 3 多量 】	義歯清掃状況	【 1 良好 2 普通 3 不良 4 義歯無 】

5. 口腔乾燥 口腔内乾燥度 【 1 正常 2 軽度 3 中等度 4 重度 】 (問診 問6,7,13と口腔内所見を参考に判定する)

6. 咀嚼能力評価 咀嚼能力 【 1 良好 2 要注意 3 不明 】 (問診 問11と咬合の状態、咀嚼筋の筋力を参考に判定する)

7. 舌・口唇機能評価 オーラルディアドコキネシス 【 1 良好(6回以上)/秒 2 要注意 】 (バ、タ、カのいずれか1つでも6回未満/秒の場合、2 要注意)

8. 嚥下機能評価 唾液の飲込(30秒間) 【 1 三回以上 2 三回未満 3 不明 】

■総合判定 【 1 良好 2 要注意 】 (問診 問12,18と反復唾液嚥下テストの結果を参考に判定する)

9. 顎関節 顎関節の状況 【 1 良好 2 要注意 3 不明 】

10. 口腔粘膜 粘膜の異常 【 1 無 2 有() 】

11. 健診結果 (※1 問題なし以外の複数選択可)

1 問題なし	
2 要指導	1 義歯管理 2 咀嚼機能 3 舌・口唇機能 4 嚥下機能 5 口腔乾燥 6 口腔清掃 7 その他
3 要治療・要精密検査	1 う蝕 2 欠損補綴 3 咀嚼機能 4 舌・口唇機能 5 嚥下機能 6 口腔乾燥 7 口腔清掃 8 粘膜の異常 9 歯周組織の異常 10 その他

(その他特記事項)

地区コード	5 0
医療機関コード	2 7 3 6 3 0 0 5 3 0

☆歯科健診を受診される方へ(必ずお読みください。)

後期高齢者医療健康診査は、大阪府後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第3条に基づき、医療保険者である大阪府後期高齢者医療広域連合が実施するものです。この健診に関する個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に管理し、広域連合及び市町村の保健事業以外での使用はいたしません。