

受診日	
-----	--

整理番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 女性歯科健診 問診票

フリガナ		歳	生年月日	
氏名		住所		
職業	無・有( )	電話番号 (左詰め・ハイフンなし)		

えんぴつで、当てはまる回答の  の中に斜線を記入してください。 例

1	現在、歯や口の中の状態で気になることはありますか	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	痛み 腫れ 出血 その他( )
2	現在かかっている病気はありますか	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	病名( )
3	現在飲んでいる薬はありますか	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	何の薬ですか( )
4	かかりつけ歯科医はいますか	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	
5	最近、歯科医院に行きましたか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	年 月受診
6	出産経験はありますか	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	年 月出産
7	甘味菓子をよく食べますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	
8	甘味飲料(ジュース・炭酸飲料・スポーツ飲料など)をよく飲みますか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	
9	たばこを吸いますか	いいえ <input type="checkbox"/>	やめた <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>
10	一日1回はていねいに歯をみがいていますか	はい <input type="checkbox"/>	それはいつですか 夕食後・就寝前・その他( )	いいえ <input type="checkbox"/>
11	歯ブラシ以外の清掃用具を使っていますか	いいえ <input type="checkbox"/>	たまに <input type="checkbox"/>	毎日 <input type="checkbox"/> フロス・歯間ブラシ
12	何か相談したいことはありますか			

妊娠している方にうかがいます

13	現在妊娠何週ですか	<input type="text"/> <input type="text"/> 週	出産予定日	年 月 日
14	つわりなどで歯みがきができないことはありましたか	いいえ <input type="checkbox"/>	はい <input type="checkbox"/>	現在も <input type="checkbox"/>
15	医師から注意されていることはありますか	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	( )

# 女性歯科健診 記録票

※センター記入欄

妊婦  ・ 産婦  ・ 一般女性

	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/>  <input style="width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/>              6  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>             6  <input style="width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/>              1  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>             1  <input style="width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/>              6  <hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>             6  <input style="width: 40px; height: 30px; margin-bottom: 5px;" type="checkbox"/> </div> </div>																		

歯 石   
 歯肉炎   
 歯周炎   
 その他の異常 ( )   
 歯みがき指導 あり(フロス)   
 歯科医師 ( )

指導事項

1	2	3	4	5	6	7	8	9	A
/	○	C	CO	C1	C2	C3	C4	△	▲

	BOP	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>													
	PD	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>													
右		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>											
		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	
		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
	BOP	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>								<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>					<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>				
	PD	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>								<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>					<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>				

	コード	所見	判定基準
歯肉出血	0	健全	以下の所見が認められない
	1	出血あり	プローピング後10~30秒以内に出血が認められる
	9	除外歯	プローピングが出来ない歯 (例:根の露出が根尖に及ぶ)
	X	該当する歯なし	
歯周ポケット	0	健全	以下の所見がすべて認められない
	1	4~5mmに達するポケット	プローブの黒い部分に歯肉縁が位置する
	2	6mmを超えるポケット	プローブの黒い部分が見えなくなる
	9	除外歯	プローピングが出来ない歯 (例:根の露出が根尖に及ぶ)
	X	該当する歯なし	