

訪問歯科健診 診査票★被保険者証を確認のうえ、記入してください。

診査実施日	年 月 日	住所	(〒 - )			
受診者氏名			電話番号	( ) -		
要介護度	3 . 4 . 5	被保険者番号(後期高齢者医療)				
	支1 . 支2 . 1 . 2	性別	男・女	生年月日	大・昭 年 月 日( 歳)	
	<input type="checkbox"/> 医科の訪問診療あり					

★以下の診査を実施していただき、ご記入または○印を付けてください

### 1. 歯の状態

(デンチャー部位など記載欄)

右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(デンチャー部位など記載欄)

歯式の記入にあたり用いる記号 (例)

健全 : /

う蝕歯 : C (未処置歯)

残歯根 : C4

処置歯 : ○ 喪失歯 : △

義歯 : FD, PD

インプラント : Im

ポンティック : Po

※義歯、ブリッジ(Br)の詳細は欄外に記載

① 現在歯数 [ / + C(C4除く) + ○ ] ( 本 ) うち未処置歯数 ( 本 ) ( ・ 機能歯数※ ( 本 ) )

※機能歯=現在歯/(+C(C4除く)+○)+義歯(FD,PD)+ポンティック(Po)+インプラント(Im) (歯冠があるものは対合歯がなくても機能歯とする。)

② 義歯の部位 上顎 ( 総義歯 ・ 局部 ) 下顎 ( 総義歯 ・ 局部 ) インプラント ( 有 ・ 無 )

③ 義歯の状況 有の場合、適合状況 ( 良好 ・ 義歯不適合 ・ 義歯破損 )

### 2. 咬合の状態

① 現在歯による臼歯部での咬合 : 右側 ( なし ・ あり ) : 左側 ( なし ・ あり )

② 義歯装着による臼歯部での咬合 : 右側 ( なし ・ あり ) : 左側 ( なし ・ あり )

### 3. 軟組織の状態

異常 : なし ・ あり ( 部位 : 歯肉 ・ 舌 ・ 粘膜 ・ その他 < > )

### 4. 口腔乾燥の状態

異常 : なし ・ あり ( 軽度 ・ 中程度 ・ 重度 )

### 5. 口腔衛生の状態

① プラーク付着状況 : 殆どない ・ 中程度 ・ 多量      ② 食 渣 : 殆どない ・ 中程度 ・ 多量

③ 歯 石 : 殆どない ・ 中程度 ・ 多量      ④ 舌 苔 : 殆どない ・ 中程度 ・ 多量

⑤ 口 臭 : 殆どない ・ 弱い ・ 強い      ⑥ 義歯清掃状況 : 良好 ・ 普通 ・ 不良 ・ 義歯なし

### 6. 歯肉の炎症の程度 (G. I. ; Gingival Index) = 各歯のスコアの合計 / 被験歯数

16	12		24
44		32	36

1歯につき頬側、舌側、近心側、遠心側の4箇所測定し合計する

G. I. =

0 : 炎症は認められない

1 : 軽度の炎症。わずかな色調変化。プローブによる歯肉炎擦過による出血

2 : 中等度の炎症。表面の光沢、発赤、浮腫、腫脹が認められる。歯肉辺縁の擦過により出血が認められる。

3 : 高度の炎症。著明な発赤、腫脹、自然出血の傾向が認められる。あるいは歯肉形成が認められる。

### 7. 舌・嚥下機能評価

※舌・嚥下機能評価が行えない場合その理由をご記入ください。( )

① 舌機能: 挺舌(舌出し)が : 十分 ・ 下唇を越えない ・ 不能

② 反復唾液嚥下テスト(RSST)

唾液の嚥下を30秒間繰り返してもらいます。「できるだけ何回も飲み込んでください」と指示します。

喉頭隆起(のど仏)あたりに指をあてて嚥下回数を確認。 30秒間に2回以下 ・ 30秒間に3回以上

歯科医師・歯科衛生士指導内容	感染症防止対策の実施チェック欄 (右欄に☑してください)
歯科健診医療機関名	担当歯科医師名
担当歯科衛生士名	