

様式第 3 号 (第 9 条関係)

後期高齢者歯科口腔健康診査票

広域連合提出用①

保険者名：島根県後期高齢者医療広域連合 実施年月日：令和 年 月 日 記入者

被保険者番号		医療機関コード	
氏名		男・女	生年月日 昭和 年 月 日 (歳)
住所	(〒 -)	TEL	() -
		返却確認	

1. 栄養状態

身長 m 体重 kg BMI 下腿周囲長 (CC) cm (右・左) 握力 kg (右・左)

①栄養状態は基準値以上です ②低栄養の可能性あり

2. 歯の状態

動揺																		動揺	
右上																			左上
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			
右下																			左下
動揺																			動揺

記入にあたり用いる記号；

健康な歯：/ 治療済みの歯：○ むし歯：C 未治療で欠損している歯：△ 歯の動揺（0：正常 1：軽度 2：中等度 3：重度）
歯の修復方法；〔FD（総義歯）、PD（部分義歯）、Im（インプラント）、Br（ブリッジ）〕

- ◇ 健康な歯 (/) (本) むし歯を治療した歯 (○) (本) むし歯 (C) (本) 合計(現在歯数) (本)
◇ 入れ歯 (ブリッジやインプラントも含む) で治療した歯 (本) 入れ歯治療が必要な歯 (△) (本)
◇ 床下残根 (義歯の下になっている歯根) (本)

3. 歯周病の状態

①健康な歯ぐきです ②軽度の歯周病 ③中等度の歯周病 ④重度の歯周病 ⑤歯がありません

4. 舌、頬、歯肉粘膜の状態

①問題なし ②経過観察が必要です ③精密検査が必要です

5. 入れ歯の状態 (義歯にはインプラント義歯も含みます)

上あご ①義歯の必要なし ②義歯の適合良好 ③義歯調整・修理または製作が必要)

下あご ①義歯の必要なし ②義歯の適合良好 ③義歯調整・修理または製作が必要)

6. 咀嚼能力 (噛む能力) グミ 15 秒値 個

①十分 ②標準 ③若干弱い ④弱い ⑤かなり弱い

7. 舌の動き (舌可動域) ①良好 ②不良

8. 言葉の明瞭度；パ；①良好 ②不明瞭 タ；①良好 ②不明瞭 カ；①良好 ②不明瞭 ラ；①良好 ②不明瞭

9. 食べ物を飲み込む能力 3回の連続嚥下に要する時間 秒

①問題ないようです ②若干心配があります

10. お口の衛生状態

①良好です ②注意が必要です ③あまりよくありません ④大変汚れています

11. 口腔乾燥感・口腔感覚

①問題ないようです ②味覚異常や乾燥感がある場合、偏食、貧血、薬などが関係している場合があります

12. 顎関節 (下アゴの動き)

①問題ないようです ②若干心配があります

総合判定

①現在の状態を維持しましょう ②かかりつけ歯科医院での歯科治療が必要です

健診結果により、お住まいの市町村の健康づくり担当課から連絡することがあります。

