

歯科健康診査票

健診日(西暦): 20 年 月 日

ふりがな		性別	年齢
お名前		1. 男 2. 女	歳(記載日現在)
ご自宅の市町村		生年月日(西暦)	年 月 日
会社名			
所属		雇入(入社)	年 月 日
作業内容		作業経験	年 月 日
取扱い物質	・塩酸 ・硝酸 ・硫酸 ・亜硫酸 ・フッ化水素 ・黄りん ・その他()		
取扱い時間	連続時間		分/時間
	取扱い回数		回/日、週、月
局所排気	・使用せず ・使用(時々 / 常時)		
全体換気	・使用せず ・使用(時々 / 常時)		
保護具	・使用せず ・使用(時々 / 常時)		
自覚症状	・なし ・あり ⇒()		

①一般歯科健診

現在歯・喪失歯の状況(喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

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

1 健全歯数(∕)	1	
2 未処置歯数(C)	2	
3 処置歯数(O)	3	
4 現在歯数(1+2+3)	4	
5 要補綴歯数(△)	5	
6 欠損補綴歯数(⊙)	6	

※歯列集計欄は必ずご記入ください。

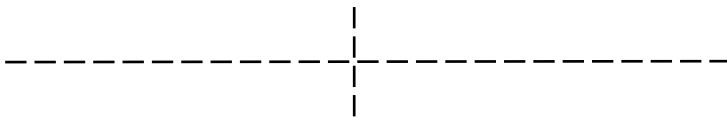
▲ 第3大臼歯のうち、未萌出または不明は無記入 ▲

Br... |○○○ PD... |⊙-⊙ FD... ⊙+⊙ インプラント... ⊙ 残根... C

②Dental Erosion(酸蝕症があれば部位と診断基準を記入)

歯の酸蝕症の診断基準

- E0 エナメル質の軽度腐蝕ないしは疑問形
- E1 欠損がエナメル質にとどまるもの
- E2 欠損が象牙質に達したもの
- E3 欠損が歯髄または歯髄近くまで及んだもの
- E4 歯冠部が大きく(およそ2/3以上)欠損したもの



- ③ 口腔粘膜の異常 有 / 無
- ④ 嗜好品 炭酸飲料 柑橘類 他の酸性食品 摂取量(少ない 普通 多い)
- ⑤ 特記事項 有 / 無 ()

診断区分 異常なし 要観察 要精査

医療機関名		Ⓜ
歯科医師名		

※黒太枠の部分は受診前に本人が記載してください。