

太 枠 の 中 を 記 入 し て く だ さ い 。

健 診 日 令 和 8 年 4 月 1 日

子 の 氏 名	ふりがな よこすか はなこ	男	生年月日
	氏名 横須賀 花子	<input checked="" type="radio"/> 女	令和 5 年 10 月 1 日生
保 護 者 氏 名	ふりがな よこすか たろう	住 所	
	氏名 横須賀 太郎	横須賀市西逸見町1-38-11 <small>(マンション・アパート名)</small>	824 - 7640

1 ジュース類を1日にどの位飲みますか。(野菜ジュースも含む)
ジュース (**50** ml/日) スポーツドリンク (**100** ml/日) 乳酸飲料 (**0** ml/日)

2 おやつ時間を決めていますか。 決めている ・ 決めていない

3 おやつは1日に何回ですか。 (**3** 回)

4 今現在、母乳を飲んだり哺乳瓶を使ったりしていますか。 いいえ ・ 母乳 ・ 哺乳瓶

5 仕上げみがきをしていますか。 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ いいえ

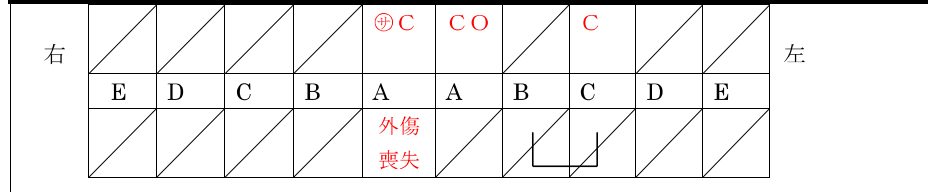
6 ブクブクうがいができますか。 できる ・ できない

7 フッ化物入り歯磨剤を使っていますか。 使っている ・ 使っていない

8 定期的に歯科医院でフッ化物を塗っていますか。 はい ・ いいえ

9 指しゃぶり、おしゃぶり等をしていますか。
 いいえ ・ 指しゃぶり ・ おしゃぶり ・ その他 ()

10 グラグラしたり、抜けた歯がありますか。 いいえ ・ はい



う 蝕 り 患 型	O 型	<input checked="" type="radio"/> A 型	B 型	C1 型	C2 型	記 号
現 在 歯	(18 本)	不正咬合	なし	健全歯 (セラト含) /		
未 処 置 歯	(2 本)		<input checked="" type="radio"/> あり (上顎前突)	要観察歯 CO		
処 置 歯	(0 本)	軟組織異常	なし	未処置歯 C		
汚 れ	<input checked="" type="radio"/> なし ・ あり		<input checked="" type="radio"/> あり (上唇小帯)	処置歯 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> ョ		
		その他異常	なし	癒合歯 <input checked="" type="radio"/> ヷ		
			<input checked="" type="radio"/> あり (癒合歯)	先欠 ×		
				喪失歯 △		
				セラト <input checked="" type="radio"/> CO、 <input checked="" type="radio"/> C		

医 療 機 関 名	所 在 地	横須賀市小川町11-1
	名 称	●●歯科医院
	歯科医師名	横須賀 一郎

※ 健診結果及びアンケート等の個人情報につきましては、個人情報の保護に関する法律に基づき適正に管理し、市民の健康管理に役立つよう統計事業及び保健事業等に活用します。

健診日を必ず記入してください。

例) 1日のうちに
 10時 せんべい・オレンジジュース 50ml
 15時 お饅頭
 19時 スポーツドリンク 100ml …とっている場合は

ジュース (50ml/日) スポーツドリンク (100ml/日) 乳酸飲料 (0ml/日)
 おやつ (3回)

※ジュース類のみの飲食も1回と数えてください。

う 蝕 罹 患 型

<input checked="" type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	O型…むし歯がない
ED	CBAABC	DE	A型…①あるいは②どちらかにむし歯があるもの
ED	CBAABC	DE	B型…①と②両方にむし歯があるもの
<input type="radio"/> ②	<input checked="" type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ②	C1型…③のみにむし歯があるもの
			C2型…他の部位と③にむし歯があるもの

この場合う蝕り患型はA型
 外傷による喪失はむし歯として扱いません。

現在歯 (18 本)
 未処置歯 (2 本)
 処置歯 (0 本)

- ・むし歯にセラト[®]処置の場合は未処置歯、
- ・COにセラト[®]処置の場合は健全歯として扱う
- ・CO(初期むし歯)は健全歯として扱う
- ・癒合歯は1本として数える
- ・過剰歯は現在歯数に含まない
- ・予防充填は健全歯として扱う

※ ありと診断したら、必ず()内に記入してください。

不正咬合 なし
 あり (←) 上顎前突、切端咬合など咬合の状態を記入してください

軟組織異常 なし
 あり (←) 上唇小帯、歯肉炎など記入してください

その他異常 なし
 あり (←) 先欠、癒合歯、過剰歯、形成不全等を記入してください