

乳幼児口腔検診結果通知書

(本結果紙は42カ月から53カ月用です)

受検者氏名		住民登録番号	- 3(4)
住 所		連絡先	

問診票評価					
歯科病歴問題	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	口腔健康 習慣問題	砂糖摂取	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
口腔健康認識度問題	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り		口腔衛生	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
				フッ素利用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り

口腔検査結果																						
区分	関連疾患	検査項目					検査結果				結果参考事項											
歯牙検査	う蝕症(虫歯)	歯牙状態																				
		16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26									
		46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36									
		＜表示方法＞ う蝕:● う蝕疑いの歯:○ 修復歯:F 歯間補てん:Se																				
		う蝕		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		※ 乳歯う蝕有病率(2006年/%) <table><tr><td></td><td>全体</td><td>男</td><td>女</td></tr><tr><td>満2歳</td><td>13</td><td>9</td><td>32</td></tr><tr><td>満3歳</td><td>27</td><td>15</td><td>23</td></tr></table> (保健福祉部. 2006 国民口腔健康実態調査. 2007) ※ 検査項目の説明 ①う蝕: 虫歯のある歯 ②隣接面う蝕疑いの歯: 歯間に虫歯が疑われるもの ③修復歯: 虫歯治療で金、レジン、アマルガムのような材料被せたり継ぎ合わせたもの ④う蝕発生恐れのある歯: 虫歯が発生する恐れがあり歯間補てんなどを勧める歯								全体	男	女	満2歳	13	9	32	満3歳	27
	全体	男	女																			
満2歳	13	9	32																			
満3歳	27	15	23																			
隣接面う蝕疑いの歯		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り																				
修復歯		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り																				
う蝕発生恐れのある歯		<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り																				
その他部分の検査所見																						
口腔衛生検査	う蝕症	食べ物残渣及び歯面細菌膜		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 要改善																		

総合判定及び措置事項			
総合判定		<input type="checkbox"/> 正常A <input type="checkbox"/> 正常B <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 要治療	
措置事項	要口腔保健教育	事後管理の勧告	追加措置事項
	<input type="checkbox"/> 砂糖摂取(栄養) <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> フッ素利用	<input type="checkbox"/> 精密口腔検診(放射線検査) <input type="checkbox"/> 専門家による口腔衛生管理 <input type="checkbox"/> 特殊予防措置(歯間補てん、フッ素塗布) <input type="checkbox"/> 口腔病治療(う蝕治療など)	
結果解析			

療養機関記号		検診機関名		検診医師氏名	(署名)
検診日		年 月 日		免許(資格)番号	

※本口腔検診は、う蝕症中心の限られた検査方法によるものであるため、全ての口腔疾患を明確に判別することができないので措置事項に従いすぐ歯科医師と相談することをお勧めします。