※茂原市・一宮町・白子町・長南町・長柄町・陸沢町・長生村以外の医療機関では、この診査票は使用できません。

長柄町妊婦健診診査票

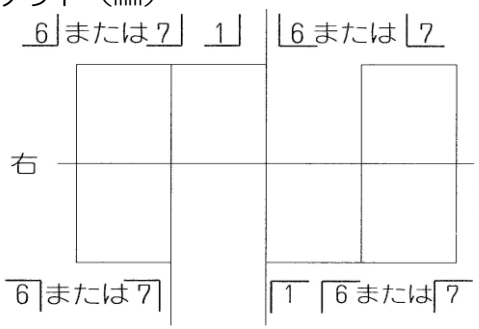
診査日：令和　　年　　月　　日

(1) 歯の状況

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

健全歯　　/　　(　　)未処置歯　　C　　(　　)欠損補綴歯　D
処置歯　　○　　(　　)本 喪失歯　　△　　(　　)本

(2)歯周病の状況
歯周ポケット（㎜）



所見　　(該当する項目に○をつける)
　1．健全
　2．出血あり
　3．歯石あり
　4．歯周病（要治療）

（3）その他の所見
Ⅰ口腔軟組織疾患
　1．なし
　2．あり a.口内炎　　b.口角炎　　c.舌炎　　d.良性腫瘍
　　e.その他(　　)
Ⅱ顎関節の異常
　1．なし
　2．あり a.開口障害　　b.クリック音
　　c.その他(
Ⅲ口腔清掃の状態(歯垢の付着度)
　0．歯垢及び外来性付着物を認められない。
　1．歯垢が歯面の1/3以下の範囲に認められる、または外来性付着物を認める
　2．歯垢が歯面の1/3～2/3の範囲に認められる
　3．歯垢が歯面の2/3以上の範囲に認められる
Ⅳその他の異常
　1．なし
　2．あり a.歯列不正　　b.楔状欠損　　c.咬耗
　　d.その他(　　)

(4)総合判定(指導事項)
　1．異常ありません。
　2．ブラッシング指導を受けましょう。
　3．歯周病の治療を受けましょう。
　4．虫歯の治療を受けましょう。
　5．その他(　　)

医療機関名

歯科医師名　　印