

調査票

(厚生労働省「令和4年度厚生労働科学特別研究事業」)

(患者様記入欄)

対象者
番号

都道府県

市区町村

性別

1. 男性 2. 女性

年齢

歳

私は本事業のデータ使用について同意します。
※同意していただける場合、口の中に✓チェックしてください。

以下のQ1～Q4の各質問について、あてはまる番号に○をつけてください。

Q1 歯や口の状態について気になることはありますか？

1. ない
2. ある

「2. ある」と回答した方に伺います。）

気になることとして当てはまるものはどれですか？(複数回答可)

歯の症状 →[1. 痛い 2. 冷たいものや熱いものがしみる]

歯ぐきの症状 →[3. 痛い 4. はれている 5. 歯をみがくと血が出る]

口の機能 →[6. 噛めないものがある 7. 飲み込みにくい 8. 口がかわく]

その他 →[9. 口臭がある 10. その他(具体的に)]

Q2 歯をみがく頻度はどれくらいですか？(歯が全くない人は回答不要です。)

毎日みがく(1. 1回 2. 2回 3. 3回以上) 4. ときどきみがく 5. みがかない

Q3 (歯ブラシを用いた歯みがきに加えて、)以下の歯や口の清掃を行っていますか？
(複数回答可)

1. デンタルフロスや歯間ブラシを使って、歯と歯の間を清掃している
2. 舌を清掃している
3. 行っていない

Q4 あなたはこの1年間に歯科検診を受けましたか？(本調査は歯科検診に含みません。)

1. 受けた
2. 受けていない

(診査者記入欄)

以下は問診・診査時に診査者が記入してください。

医療機関名

診査日時
(予約時間)

令和5年 ()月()日
____時____分

Q5 過去1年間におけるフッ化物応用の有無(複数回答可)

1. フッ化物塗布
2. フッ化物洗口
3. フッ化物配合歯磨剤の使用
4. ない
5. わからない

Q6 矯正歯科治療の経験の有無(3歳以上の者)

1. 現在、治療を受けている
2. 過去に治療を受けたことがある
3. ない

Q7 歯科医療機関の来院の主な目的(いずれか1つ選択して下さい。)

1. 歯科治療
2. 定期健診
3. 歯科健康診査(自治体の健診等)

【歯・補綴の状況】

永久歯	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		
	(右) 乳歯				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	(左)			
					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E				
永久歯	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8		

上顎

下顎

【歯の状況】
 健全歯：／
 未処置歯：
 歯冠部のう蝕：C
 根面部のう蝕：◎（30歳以上）
 ※両方にある場合は、C ◎ と併記
 処置歯：○（充填・クラウン等）
 喪失歯：△
 インプラント：Im（埋入部に記載）

【補綴の状況】
 補綴部の範囲と記号を記載
 全部床義歯：FD
 部分床義歯：PD
 架工義歯：Br

【歯肉の状況】

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
出血	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
出血	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

出血：なし=0、あり=1、測定不可能=M、歯が喪失=X

歯周ポケット(PD)：各歯の最大歯周ポケット深さ(mm)を記入、
測定不可能=M、歯が喪失=X

※歯石沈着が認められる場合は、歯周ポケットの数字を○か□で囲む