

*本人記入欄(事前にご記入ください) ※当日は健康保険証(マイナンバーカード)、歯科健診票、歯科健診結果票をご持参ください

個人情報の取り扱いについて

歯科健診記録は、個人情報保護管理規程に基づき管理いたします。また、統計処理・調査研究に用いる場合は、匿名化して特定個人が識別できない方法で行います。分析結果を学会発表や学術雑誌に公表する際も個人が識別されることはありません。ご同意いただける場合「同意する」にチェックをしてください。

同意する 同意しない

健康保険組合名	ナブテスコグループ				保険証氏名 ※カタカナで記入					
健康保険証	記号	番号			性別	生年月日(西暦)			年齢	
					男性 女性	年	月	日	才	
予約日	※受診歯科医院名(※提携歯科医院からお選びください。)				※受診歯科医院の電話番号					
月	日									

※該当するものを○で囲んでください

1. 「職場歯科健診」を受けたことがありますか	ある	ない			
2. 歯科医院での定期健診を受けていますか	1年に2回以上	1年に1回	受けていない		
3. 歯をみがく頻度はいつか、該当するすべてに○をしてください	朝	昼	夜	その他	毎日みがかない
4. 歯間ブラシまたはデンタルフロスを使っていますか	毎日	週1回以上	使用なし		
5. 舌清掃を行っていますか	毎日	週1回以上	使用なし		
6. 薬用洗口液を使っていますか	毎日	週1回以上	使用なし		
7. 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	何でもかんで食べることができる		歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある		ほとんどかめない
8. たばこを吸っていますか	吸っていない	吸っている			

*歯科医院記入欄(歯科健診票は本人に渡さず日本口腔保健協会へFAXまたはメール送信)

*診査基準

類	BOP															
	PD															
右	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
舌	PD															
	BOP															

歯の状態		判定
現在歯	健全歯	A
	処置歯	C
	未処置歯	C
喪失歯	補綴歯(ボンテック,義歯,インプラント)	A
	補綴不要(先天性欠損,矯正抜歯等)	C
	要補綴歯	C
	義歯未装着	C

口腔清掃状態	A	良好(ほとんどなし) 普通(良好・不良に該当しない)	B	不良(歯面1/3を超える)	
歯石付着状態	A	なし 軽度(点状)	B	中等度以上(帯状)	
口腔粘膜	A	所見なし	C	所見あり ※フィステル含む (白板症等精密検査が必要な所見)	
顎関節	A	所見なし	C	所見あり (精密検査が必要な所見)	
総合判定	A 異常なし		B 要指導		C 要精密検査

※口腔粘膜、顎関節の所見を記入

歯肉の状態		判定	
P D	0	健全	A
	1	4~5mm	C
	2	6mm以上	C
B O P	0	健全	A
	1	出血あり	B
	9	除外歯(測定できない歯)	
	/	該当歯なし	

*歯科健診票送信先 FAX: 03-3818-2977 E-MAIL: nakamura@jfohp.or.jp

お問い合わせ 一般財団法人日本口腔保健協会 担当: 中村 TEL: 03-3818-4158

2025.4.1 一般財団法人日本口腔保健協会 (不許複製)