

歯科保健調査票

年 組 番 氏名 _____

(I) 歯・口について特に気になることはない。 はい ・ いいえ

(II) 「いいえ」と答えた人は、あてはまるものに○を記入してください。

1	顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある。	
2	歯並びやかみ合わせが気になる。	
3	歯肉から血が出ることがある。	
4	歯が痛んだり、しみたりすることがある。	
5	かみにくいと思うことがある。	
6	口の臭いが気になることがある。	
7	*その他、学校歯科医さんに相談したいことがあればご記入ください。	

※下記については学校で記入します

年 度	顎 節	歯 列 咬 合	歯 垢 の 状 態	歯 肉 の 状 態	歯 式																歯 の 状 態						学 校 医 生 診 査 日	事 後 措 置			
					・現在歯 (例 A 6) ・う歯 [未処置歯 C 処置歯 O ・喪失歯(永久歯) Δ ・要注意乳歯 X ・要観察歯 CO																乳 歯		永 久 歯						そ の 他 の 疾 病 及 び 異 常	学 科 所 見	校 医 診 査 月 日
	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8											
					上 右				E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左 下									月			
年 度	2	2	2	2	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8											日