

妊婦歯科健康診査受診票

(産山村早産予防対策事業)

※太枠は妊婦/配偶者が記入してください。

受診者	妊婦 ・ 配偶者	産山村	
氏名		母子手帳番号	
		発行日	
住所	産山村	生年月日	年 月 日
出産予定日	年 月 日	健診受診時の 妊娠週数	週

該当欄にレ点を入れてください。

☐喫煙している ☐喫煙していない ☐以前、喫煙していた

歯や歯ぐきのことで気になることがありますか。

☐むし歯 ☐歯の痛み ☐歯がしみる ☐歯ぐきの腫れ ☐歯ぐきからの出血

☐その他 ()

歯科健診結果

1. 歯の状況

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左

【記号】 健全歯(／) う蝕歯(C) 処置歯(O) 喪失歯(△) 欠損補綴歯(◎)※インプラントを含む

健全歯数	本	処置歯数	本	未処置歯数	本
------	---	------	---	-------	---

① 歯 垢 付 着	ほとんどない ・ 中等度 ・ 多量	③ 粘 膜 異 常	無 ・ 経過観察()
② 歯列・咬合異常	無 ・ 経過観察()	④ そ の 他	無 ・ 有()

2. 歯肉の状況

	17または16	11		26または27	(最大値)
歯肉出血(BOP)					歯肉出血(BOP)
歯周ポケット(PD)					
歯肉出血(BOP)					歯周ポケット(PD)
歯周ポケット(PD)					
	47または46	31		37または36	

【歯肉出血BOP】

0: 健全
1: 出血あり
9: 除外歯
×: 該当歯なし

【歯周ポケットPD】

0: 健全 (3mm以下のポケット)
1: 4～5mmに達するポケット
2: 6mmを超えるポケット
9: 除外歯
×: 該当歯なし

3. 健診結果

判定	問題なし	⇒	現在のところ、異常はみつきりませんでした		
	要指導	⇒	歯口清掃	歯石付着	食事・生活指導
	要治療	⇒	う蝕	歯周疾患	その他()

上記のとおり健診を実施しました。

健診日 年 月 日

医療機関名

歯科医師名