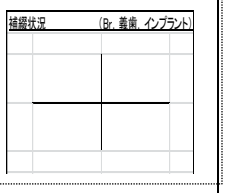
検 診 結 果

※検診実施機関様がご記入ください。また、検診結果を「飯塚市歯周病検診結果のお知らせ」に必要項目を転記し、受診者様に説明をお願いします。

現在歯・喪失歯の状況(喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
右								左							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8



1健全歯(／)	2未処置歯(C)	3処置歯(O)	4現在歯数(1+2+3)	5要補綴歯数(△)	6欠損補綴歯数(◯△)

歯肉の状況

	17又は16	11	26または27	
歯肉出血				歯肉出血
歯周ポケット				歯周ポケット
歯肉出血				歯肉出血
歯周ポケット				歯周ポケット
	47または46	31	36または37	

〔歯肉出血BOP〕
0：健全
1：出血あり
9：除外歯
X：該当歯なし

〔歯周ポケット〕
0：健全
1：浅いポケット
2：深いポケット
9：除外歯
X：該当歯なし

口腔清掃状態
良好　　普通　　不良

その他の所見　　なし　　あり
歯列咬合・顎関節・粘膜
その他（　　）

検査者(医療機関)名

検診日　　年　　月　　日

判定区分

1．　異常なし
・CPI：歯肉出血0
かつ歯周ポケット0

2．　要指導
a. CPI:歯肉出血1かつ歯周ポケット0
b. 口腔清掃状態不良
c. 歯石の付着あり（軽度、中等度以上）
d. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する

3．　要精密検査
a. CPI：歯周ポケット1
b. CPI：歯周ポケット2
c. 未処置歯あり
d. 要補綴歯あり
e. 生活習慣や基礎疾患等さらに詳しい検査や治療を要する
f. その他の所見あり
（さらにくわしい検査が必要な場合）

飯塚市への連絡事項
1　当院にて指導済　　2　当院にて経過観察・定期健診予定　　3　当院にて精検・治療予定　　4　未定
5　他医療機関を紹介(　　)　　6　その他(　　)

※減免書類の確認

□ 一般（有料）
□ 非課税世帯（世帯全員が非課税であることが確認できる証明書の添付）
□ 生活保護世帯（ケース番号No　　）