

16102

下記の要領で記載して下さい。 記入情報は個人が特定されない方法で統計・調査研究等に活用することがあります。

- ・数字の記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- ・□□の欄は右詰で、空白欄には0を記入して下さい。例：0 9
- ・あてはまる○を全て鉛筆で塗りつぶして下さい。良い例：●●● 悪い例：○●○
- ・該当欄に記入して下さい。

TEL _____ E-mail _____

生年月日(年月日齢)： _____ 性別： _____

計測： 体重 _____ g PC _____ 身長 _____ cm PC _____ カウプ指数 _____ PC _____
 頭囲 _____ cm PC _____ 胸囲 _____ cm PC _____

身体所見： 栄養状態 ○ 肥満気味 ○ やせ気味 顔貌表情 ○ 元気がない ○ 表情に乏しい ○ その他 () 外表形態の異常 ○ 頭頸部 ○ 大泉門 ○ 脊柱 ○ ヘルニア ○ その他 () 皮膚の異常 ○ 湿疹 ○ 血管腫 ○ 母斑 ○ 蒼白 ○ その他 () 胸部腹部 ○ 疑い ○ あり 心雑音 ○ 疑い ○ あり 眼の異常 ○ 斜視 ○ 視力 ○ その他 () 耳の異常 ○ 難聴 ○ その他 () 外陰部の異常 ○ 鼠径ヘルニア ○ 陰嚢水腫 ○ 停留精巣 ○ 外性器異常 四肢股関節 ○ 股関節 ○ その他 () ○ 異常なし ○ 要継続観察(主治医で) ○ 要精密検査 ○ 要指導 ○ 要継続観察(区役所で) ○ 要医療 ○ 要フォロー健診 ○ 要継続観察(その他) ○ 医療中	神経学的所見： 独立歩行 ○ 疑い ○ あり 意味のある言葉 ○ 疑い ○ あり つまみもち ○ 疑い ○ あり 周囲への反応 ○ 疑い ○ あり 絵本・玩具に反応 ○ 疑い ○ あり 社会性 ○ 疑い ○ あり 多動 ○ 疑い ○ あり 自立性 ○ 疑い ○ あり 所見の内容 診察医師名 ○ 要心理 ○ 異常なし ○ 要継続観察(主治医で) ○ 要精密検査 ○ 要指導 ○ 要継続観察(区役所で) ○ 要医療 ○ 要フォロー健診 ○ 要継続観察(その他) ○ 医療中
--	---

次回フォロー健診日：西暦20__年__月__日 次回指導予定日：西暦20__年__月__日

育児 ○ 異常なし ○ 要フォロー健診 ○ 要継続観察 ○ 要精密検査 ○ 要医療	栄養 ○ 異常なし ○ 要フォロー健診 ○ 要継続観察 ○ 要精密検査 ○ 要医療	歯科 ○ 異常なし ○ 要フォロー健診 ○ 要継続観察 ○ 要精密検査 ○ 要医療 ○ 医療中	心理 ○ 異常なし ○ 要フォロー健診 ○ 要継続観察 ○ 要精密検査 ○ 要医療 ○ 医療中
---	---	---	---

う蝕活動試験 ○ 一 ○ 十 ○ 十十 ○ 十十十 No. _____

① 歯垢付着状態 ○ なし ○ あり(1/3以上)

② 歯

右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左
	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	
	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	

③ 罹患型 ○ O1型 ○ O2型 ○ A型 ○ B型 ○ C型

④ 軟組織異常 ○ 無 ○ 小帯 ○ 歯肉 ○ その他 ()

⑤ 咬合異常 ○ 無 ○ 反対咬合 ○ 開咬・指しゃぶり有り ○ 開咬・指しゃぶり無し

⑥ その他 ○ 無 ○ 有 先天欠如・癒合歯・早期脱落 ()

健全歯	1
う蝕	2
処置歯	3
サホライド処理歯	4
要観察歯(CO・形成不全)	5
シーラント	6
抜去歯	7

注：先天欠如は、枠外に△と記入し枠内は空白とすること。
 癒合歯は枠外に□または□を記入し、遠心の歯の枠は空白、近心の歯の枠に結果を記入すること。

判定 ○ 問題なし ○ 要指導 ○ 要精密 ()

要指導の内容 ○ 口腔清掃 ○ むし歯治療 ○ 不正咬合 ○ 軟組織疾患 ○ 食生活 ○ 不正習慣除去

フッ化物塗布 希 ○ 無 ○ 有

判定 ○ 否 ○ 可 塗布 ○ 無 ○ 有

歯科医師名 _____

