

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。

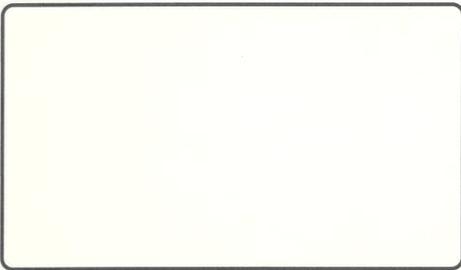
・数字の記入例 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

・□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 ○ ₁ 肥満気味 ○ ₂ 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 () ○ ₀ 異常なし ○ ₃ 要継続観察(主治医で) ○ ₆ 要精密検査 ○ ₁ 要指導 ○ ₄ 要継続観察(区役所で) ○ ₁₁ 要医療 ○ ₂ 要フォロー健診 ○ ₅ 要継続観察(その他) ○ ₁₂ 医療中	神経学的所見: 独立歩行 ○ ₁ 疑い ○ ₂ あり 意味のある言葉 ○ ₁ 疑い ○ ₂ あり つまみもち ○ ₁ 疑い ○ ₂ あり 周囲への反応 ○ ₁ 疑い ○ ₂ あり 絵本・玩具に反応 ○ ₁ 疑い ○ ₂ あり 社会性 ○ ₁ 疑い ○ ₂ あり 多動 ○ ₁ 疑い ○ ₂ あり 自立性 ○ ₁ 疑い ○ ₂ あり 所見の内容 診察医師名 ○ ₀ 異常なし ○ ₃ 要継続観察(主治医で) ○ ₆ 要精密検査 ○ ₁ 要指導 ○ ₄ 要継続観察(区役所で) ○ ₁₁ 要医療 ○ ₂ 要フォロー健診 ○ ₅ 要継続観察(その他) ○ ₁₂ 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 ○ ₀ 異常なし ○ ₂ 要フォロー健診 ○ ₆ 要継続観察 ○ ₈ 要精密検査 ○ ₁₁ 要医療	栄養 ○ ₀ 異常なし ○ ₂ 要フォロー健診 ○ ₆ 要継続観察 ○ ₈ 要精密検査 ○ ₁₁ 要医療	歯科 ○ ₀ 異常なし ○ ₂ 要フォロー健診 ○ ₆ 要継続観察 ○ ₈ 要精密検査 ○ ₁₁ 要医療 ○ ₁₂ 医療中	心理 ○ ₀ 異常なし ○ ₂ 要フォロー健診 ○ ₆ 要継続観察 ○ ₈ 要精密検査 ○ ₁₁ 要医療 ○ ₁₂ 医療中
---	---	---	---

う蝕活動試験 ○₀ - ○₂ + ○₃ ++ ○₄ +++ No. _____

① 歯垢付着状態 ○₀ なし ○₁ あり(1/3以上)

② 歯

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

③ 罹患型 ○₂ O1型 う蝕もなく、かつ口腔環境が良い者
 ○₃ O2型 う蝕はないが、かつ口腔環境が悪い者
 ○₄ A型 上顎前歯部のみ、または臼歯部のみとう蝕がある者
 ○₅ B型 上顎前歯部および臼歯部とう蝕がある者
 ○₆ C型 下顎前歯部とう蝕がある者

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
 ○ 上顎前突 ○ 過蓋咬合 ○ そう生 ○ その他 ()
 ⑥ その他 ○ 無 ○ 有 先天欠如・癒合歯・早期脱落 ()

生歯数 _____ 本
 未処置歯数 _____ 本
 処置歯数 _____ 本

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 ○₀ 問題なし ○₁ 要指導 ○₂ 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 ○₀ 無 ○₁ 有
 判定 ○₀ 否 ○₁ 可
 塗布 ○₀ 無 ○₁ 有
 歯科医師名 _____

3歳児健康診査健診票

30102

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 <input type="radio"/> 肥満気味 <input type="radio"/> やせ気味 顔貌表情 <input type="radio"/> 元気がない <input type="radio"/> 表情に乏しい <input type="radio"/> その他 () 外表形態の異常 <input type="radio"/> 頭頸部 <input type="radio"/> 脊柱 <input type="radio"/> ヘルニア <input type="radio"/> その他 () 皮膚の異常 <input type="radio"/> 湿疹 <input type="radio"/> 血管腫 <input type="radio"/> 母斑 <input type="radio"/> 蒼白 <input type="radio"/> その他 () 胸部腹部 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 心雑音 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 外陰部の異常 <input type="radio"/> 鼠径ヘルニア <input type="radio"/> 陰嚢水腫 <input type="radio"/> 停留精巣 <input type="radio"/> 外性器異常 四肢 <input type="radio"/> 四肢 尿酸 ()	神経学的所見： 片足立ち <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 丸などを書く <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 言葉の理解 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 多動 <input type="radio"/> 疑い <input type="radio"/> あり 所見の内容 診察医師名
検尿 尿蛋白 <input type="radio"/> ー <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 十 <input type="radio"/> 十十 <input type="radio"/> 十十十 尿潜血 <input type="radio"/> ー <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 十 <input type="radio"/> 十十 <input type="radio"/> 十十十 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要継続観察(主治医で) <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要指導 <input type="radio"/> 要継続観察(区役所で) <input type="radio"/> 要医療 <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察(その他) <input type="radio"/> 医療中	再検 尿酸 () <input type="radio"/> 要心理 尿蛋白 <input type="radio"/> ー <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 十 <input type="radio"/> 十十 <input type="radio"/> 十十十 尿潜血 <input type="radio"/> ー <input type="radio"/> 土 <input type="radio"/> 十 <input type="radio"/> 十十 <input type="radio"/> 十十十 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要継続観察(主治医で) <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要指導 <input type="radio"/> 要継続観察(区役所で) <input type="radio"/> 要医療 <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察(その他) <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要医療	栄養 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要医療	歯科 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要医療 <input type="radio"/> 医療中	心理 <input type="radio"/> 異常なし <input type="radio"/> 要フォロー健診 <input type="radio"/> 要継続観察 <input type="radio"/> 要精密検査 <input type="radio"/> 要医療 <input type="radio"/> 医療中
---	---	---	---

① 歯垢付着状態 なし あり (1/3以上) 記号

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

② 歯

右	E D	C B A	A B C	D E	左
	上				
	下				

③ 罹患型

<input type="radio"/> O型	う蝕がない者	生歯数	[]	本
<input type="radio"/> A型	上顎前歯部のみ、または臼歯部のみう蝕がある者	未処置歯数	[]	本
<input type="radio"/> B型	上顎前歯部および臼歯部にう蝕がある者	処置歯数	[]	本
<input type="radio"/> C1型	下顎前歯部のみう蝕がある者			
<input type="radio"/> C2型	下顎前歯部を含む他の部位にう蝕がある者			

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

上顎前突 過蓋咬合 そう生 その他 ()

⑥ その他 無 有 先天欠如・癒合歯 ()

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 無・否の場合 歯科医院で受けている 受けたことない 1.6のみ

望 有 判定 否 可 可の場合(今回を含めた回数) 1回 2回 3回以上

歯科医師名 _____