# 歯科健診票

**（ご本人様記入欄）**　　No.

| 記号 | ○○ | 番号 | ○○○○ | 氏名 | ふりがな　ケンポ　タロウ<br>健保　太郎 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | ○○年 | ○○月 | ○○日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受診日 | 令和　0　1　年　○　○　月　○　○　日 | | | | | 性別 | 1．男性　2．女性 | | | |

〔あてはまるところに○をつけ、(　)内には必要な事項を記入ください〕

**○過去１年間に歯科健診を受診しましたか**

a．はい　b．いいえ

**○歯間ブラシまたはフロスを使っていますか**

a．０回　b．週１回以上　c．月１～３回　d．使っていない

**○歯磨きは１日何回していますか**

a．０回　b．１回　c．２回　d．３回以上

**○洗口剤を使用している**

a．いいえ　b．毎日　c．週１回以上　d．月１回程度

**○リステリンの使用**　a.ある　b.なし

**○定期歯科健診を受けていますか**

a．はい　b．いいえ

**○たばこを吸っていますか**

a．吸っている　b．吸っていない

**○全身の状態であてはまるものはどれですか。（治療中も含む）**

1．該当なし　2．該当あり（以下から選択）

a．糖尿病　b．高血圧
c．脂質異常　d．BMI25以上
e．心疾患　f．肝疾患
g．妊娠　h．その他（　　）

**○自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください**

（　　）

（医療機関記入欄）

**現在歯・喪失歯の状況（喪失歯のうち、補綴処置の必要な歯には×を記入）**

上

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

右

医療機関記入欄

印

提出先：パーソルキャリア健康保険組合