

医療機関名 - 診察券番号

患者氏名: _____ 殿 () 歳 歯科 ID (_____) 番

平成 年 月 日 初診時 ・ 基本治療終了時 ・ () ヶ月後

総残存歯数 () 本 齲蝕歯数 () 本

動揺度						
BOP						
PD						
	7	6	1		6	7
	7	6		1	6	7
PD						
BOP						
動揺度						

歯周ポケット深さ (PD) の平均値
10 歯の PD/10 (歯数)
歯肉出血 (BOP) の割合
出血部位数/10 (歯数)
動揺度 (0 1 2 3)
口腔清掃状態 (良好・普通・不良)

残存歯数(齲蝕歯数)	平均 PD(mm)	平均 BOP(%)	最大動揺度	口腔清掃状態
()				良・普・不

前歯部の対象歯 (11 あるいは 31) が欠損している場合は、反対側同名歯 (21 あるいは 41) を検査対象とする。
両側とも欠損している場合、また臼歯部が欠損している場合には、検査対象外として「×」を記入する。

平成 年 月 日 基本治療終了時 ・ () ヶ月後

総残存歯数 () 本 齲蝕歯数 () 本

動揺度						
BOP						
PD						
	7	6	1		6	7
	7	6		1	6	7
PD						
BOP						
動揺度						

歯周ポケット深さ (PD) の平均値
10 歯の PD/10 (歯数)
歯肉出血 (BOP) の割合
出血部位数/10 (歯数)
動揺度(0 1 2 3)
口腔清掃状態 (良好・普通・不良)

残存歯数(齲蝕歯数)	平均 PD(mm)	平均 BOP(%)	最大動揺度	口腔清掃状態
()				良・普・不