様式第1号(第5条関係)

**妊婦歯科健康診査受診票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 母子健康手帳No. |  |  | |
| 妊婦氏名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 小野町大字 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 出産予定日 | 年　　月　　日 | 受診時の　妊娠週数 | 妊娠 満　　　　　週 |

妊婦歯科健康診査実施結果

【歯科医師結果記入または、母子健康手帳（健診結果）写し貼付欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| う　歯 | 処置歯 | 本 | | 歯周疾患 | 歯　石 | | ある　なし | |
| 未処置歯 | 本 | | 歯肉出血 | | ある　なし | |
| 軟組織疾患(口腔粘膜) | | ある　なし | | 歯の動揺 | | ある　なし | |
| 不正咬合等 | | ある　なし | | 歯肉炎 | | ある　なし | |
| 顎関節の異常 | | ある　なし | | 歯周炎 | | なし　軽度　中等度　重度 | |
| 診察特記 | |  | | | | | | |
| 健診結果 | | １　異常なし  ２　要指導  ３　要治療  〔a.う歯治療 b.歯周治療(歯石除去) c.補綴処置  d.その他(　　 )〕 | | | | | | |
| 指導内容 | | １　ブラッシング指導　　　　　２　歯科保健指導 | | | | | | |
| 健診等実施日　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
|  | |  | 医療機関名 | | |  | |  |
|  | |  | 歯科医師名 | | |  | | 印 |

※母子健康手帳（妊婦歯科健診結果ページ）の写しでも、歯科医師の記入に替えることができます。

※小野町外に転出した場合は、この受診券は無効となります。