

令和6年度 生徒学生健康診断票（歯・口腔）

つくば開成高等学校

氏名				性別	男・女		生年月日		年 月 日																	
顎関節	歯列・咬合	歯垢の状態	歯肉の状態	歯 式								歯の状態				その他の疾病及び異常										
				・現在歯 (例 Δ \square) ・むし歯 未処置歯 C 処置歯 O ・喪失歯（永久歯） Δ ・要注意乳歯 × ・要観察歯 CO								乳歯		永久歯												
良い 普通 悪い	良い 普通 悪い	良い 普通 悪い	良い 普通 悪い	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8							
				上		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上										
				下		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	下										
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									

医院名

令和 6 年 月 日

住 所

電話 — —

診断医師名

Ⓜ

- ・ 病院名等はゴム印でも結構です。
- ・ 診断内容その他記入事項を訂正した場合は、診断医師の捺印（訂正印）をお願いします。