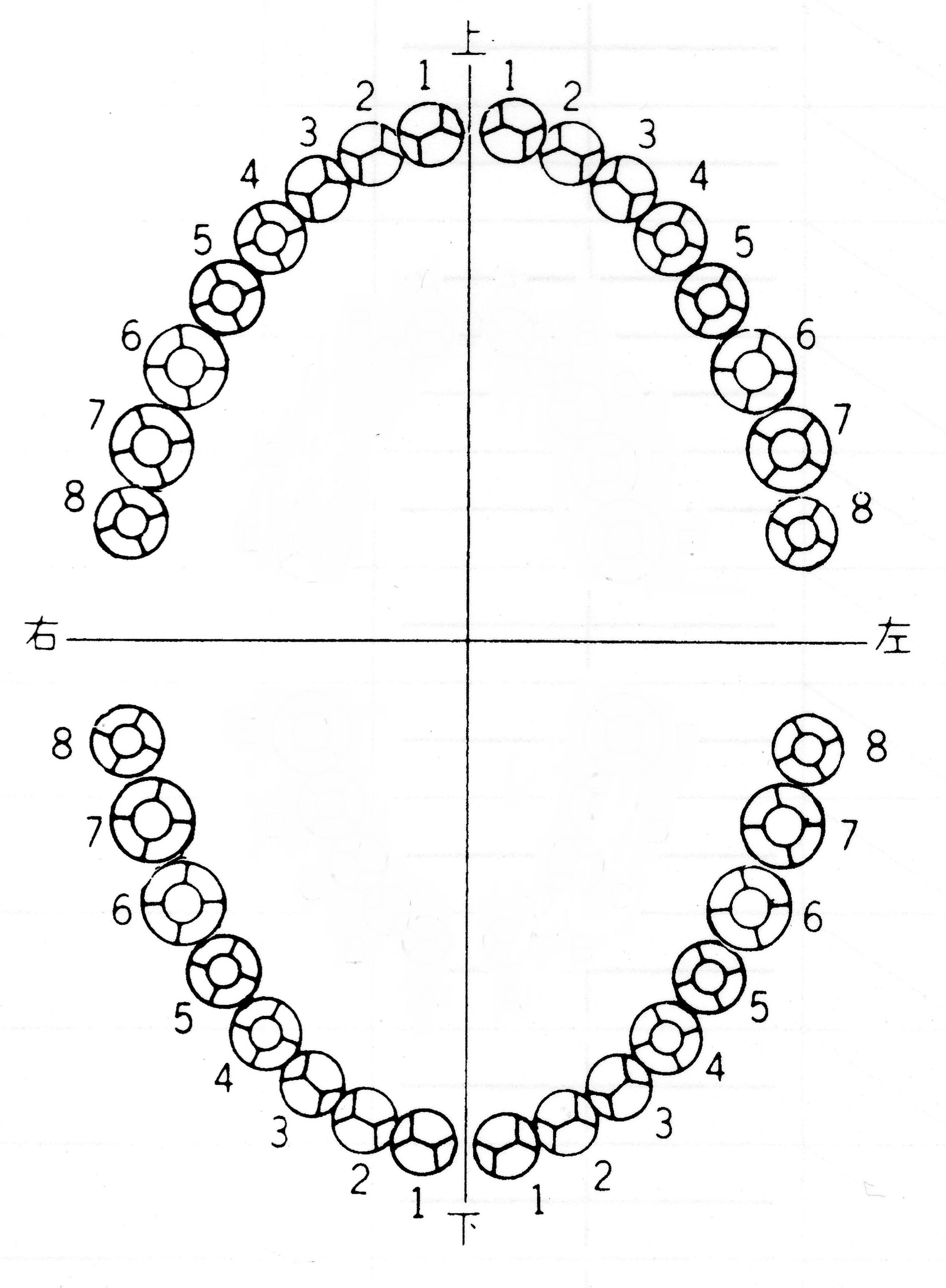
歯科特殊健康診断個人票（事業者提出用）

健康診断実施日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 昭・平　　年　　月　　日生（　　　歳） | 性別 | 男・女 |
| 職　　歴 | 年　　　　か月 | | |

* 業務（　　　　　　　　　　　　　　）



* 口腔粘膜の異常　　　　有　・　無
* 歯牙酸触症（診断基準）

・**±（E０）**

エナメル質表面の軽度腐食（欠損）、

あるいは疑問型

・**第１度（E１）**

欠損がエナメル質内にとどまるもの

・**第２度（E２）**

欠損が象牙質に達しているもの

・**第３度（E３）**

欠損が歯髄または歯髄近くまで及んだもの

・**第４度（E４）**

歯冠部が大きく（またはおよそ２／３以上）

欠損したもの

* **歯科医師の診断又は指示**

　　　　異常なし　　　　　　　　　　　　　 ※記載上の注意

第二次健康診断を要する　　　　　　　 ・欠損×、着色部の部位を記入

　　　　　　　　　　　　　 ・口腔粘膜の炎症がある部位を記入

　　　　　　担当歯科医師　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

✂　切り取り線

◆歯科特殊健康診断　検査結果（本人用）

・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　■歯科医師の診断又は指示

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・異常なし

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・第二次健康診断を要する

　　　　　　　　　歯科医院