

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）

・ 土（E0）

エナメル質表面の軽度腐食（欠損）、
あるいは疑問型（化学物質以外の疑い）

・ 第1度（E1） 酸の曝露の疑いあり

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）

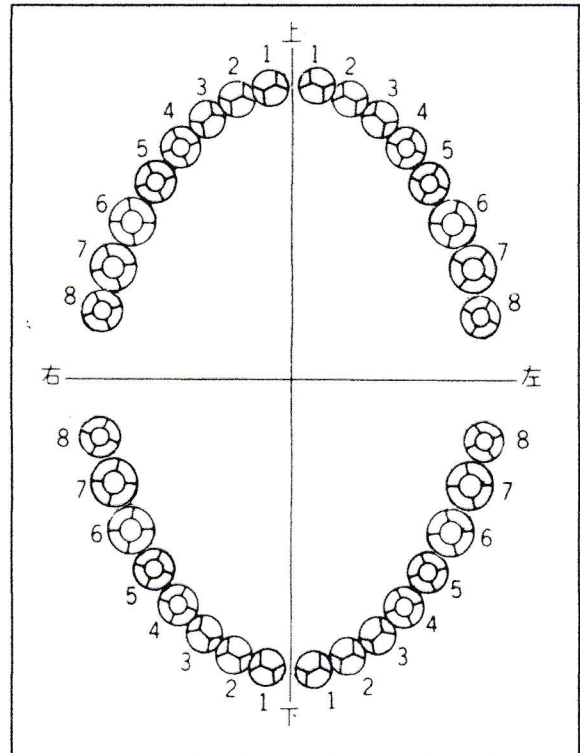
欠損が歯髄または歯髄近くまで及んだもの

・ 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
- ・ 要観察
- ・ 要治療



※記載上の注意

- ・ 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
- ・ 要観察 ・ 要治療

歯科医院 _____