



Caries Risk Check Sheet

むし歯リスクチェックシート

成人用(永久歯列用)

歯科医院名 _____

記入日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 様 (男・女) _____ 才

あなたのむし歯になるリスクをチェックしてみましょう。
現在の状況で当てはまるものに○を付けてください。

過去3年間に治療したむし歯の本数は何本ですか?	なし		1~2本		3本以上	
1日に飲食をする回数(間食を含む)は何回ですか?	3回以内	0点	4~5回	1点	6回以上	2点
お菓子、ジュース、甘いものを飲食することが多いですか?	少ない	0点	普通	1点	多い	2点
飲酒はされますか?	いいえ	0点	時々	1点	毎日	2点
喫煙はされますか?	いいえ	0点	はい	1点		
1日に何回歯みがきをしますか?	3回以上	0点	1~2回	1点	磨かないことがある	2点
フロス(糸ようじ)や歯間ブラシを使っていますか?	毎日使っている	0点	時々使っている	1点	使わない	2点
フッ素入り歯磨き粉やマウスウォッシュを使っていますか?	毎日使っている	0点	時々使っている	1点	使わない	2点
定期的に歯科医院に行っていますか?	定期的に行っている	0点	時々行っている	1点	行っていない	2点

今後、あなたのお口を健康にするために、あなたのお気持ちに近いものをお選びください。(□にチェック)

あなたのお口の健康を生徒守る予防歯科についての考えや取り組みにご興味はありますか?

興味がある とりあえず話は聞いてみたい 興味がない

あなたのお口の状態に合った、家庭で使用する口腔ケア製品(予防歯科製品)やその使い方に関して説明を受けたいと思いますか?

説明を受けた上でぜひ試してみたい とりあえず話は聞いてみたい 説明は必要ない

※こちらは歯科医院記入欄です。回答せず、歯科医院スタッフにお渡しください。

口腔内の衛生状態(歯垢・歯石)	良好	0点	もう少し	1点	改善が必要	2点
咬耗や酸蝕症の有無	なし	0点	あり	1点		
根面露出の有無	なし	0点	あり	1点		
不適合の修復物の本数	なし	0点	1~2本	1点	3本以上	2点
矯正装置の有無	なし	0点	あり	2点		
歯列の状況	正常	0点	わずかに歯列異常あり	1点	歯列異常あり	2点
唾液量	多め	0点	普通	1点	少なめ	2点
化学療法・放射線療法・糖尿病治療・睡眠時無呼吸症候群の治療中	いいえ	0点	はい	2点		
合計 _____ 点						

過去3年間に治療したむし歯の本数と合計点数が当てはまるところが、あなたのむし歯リスクです。

むし歯のリスク	治療したむし歯の本数			
	合計点数	なし	1~2本	3本以上
	0~5点	■ 低	■ 中	■ 高
6~11点	■ 中	■ 高	■ 高	
12点以上	■ 高	■ 高	■ 高	

お口を健康にしていくための当歯科医院からのアドバイス