

歯科特殊健康診断個人票 <事業所名> _____

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
	作業内容			作業従事年月	年	カ月	
	取扱い物質			自覚症状	あり()	なし	

◆ 口腔粘膜の異常 有 ・ 無

◆ 歯牙酸触症 有 ・ 無

◆ (診断基準)

・ Ⅰ (E0)

エナメル質表面の軽度腐食 (欠損)、
あるいは疑問型

・ Ⅱ (E1)

欠損がエナメル質内にとどまるもの

・ Ⅲ (E2)

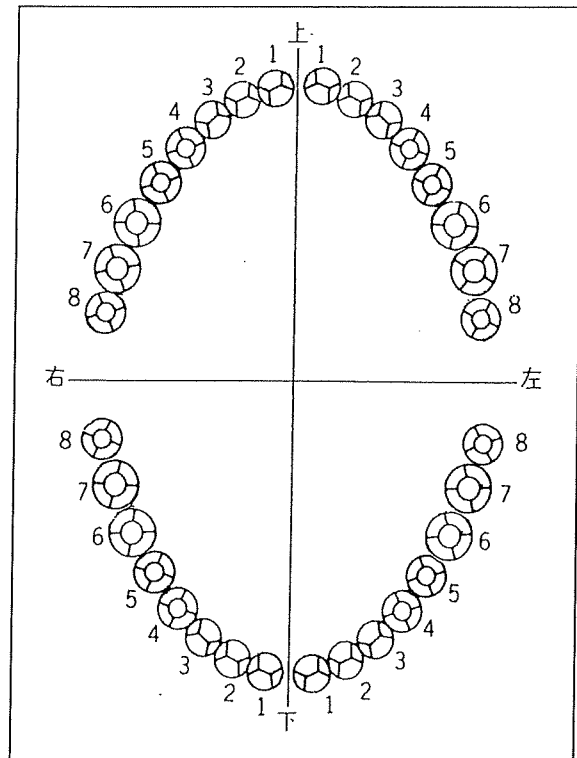
欠損が象牙質に達しているもの

・ Ⅳ (E3)

欠損が歯髄または歯髄近くまで及んだもの

・ Ⅴ (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
- ・ 要精検

※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 _____