附件4

2022年老年人“口福”试点项目口腔检查登记表

姓名： 性别： 年龄：

身份证号码：

联系电话： 本人(监护人)签字： 年 月 日

1. **问诊**

**1.您使用下列口腔护理用品清洁牙齿的频率如何？（每小题选一个答案）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
|  | 每天 | 每天 | 每周 | 每周 | 每月 | 很少/ |
|  | ≥2 次 | 1 次 | 2-6 次 | 1 次 | 1-3 次 | 从不 |
| 1) 手动牙刷 |  |  |  |  |  |  |
| 2) 电动牙刷 |  |  |  |  |  |  |
| 3) 牙签 |  |  |  |  |  |  |
| 4) 牙线 |  |  |  |  |  |  |
| 5) 牙缝刷 |  |  |  |  |  |  |
| 6) 冲牙器 |  |  |  |  |  |  |
| 7) 市售漱口水 |  |  |  |  |  |  |

**2.您平时使用含氟牙膏刷牙吗？**

1) 是 2) 否 3) 不知道

**3.您最近一次看牙距现在多长时间？**

1) 6 个月以内 2) 6 至 12 个月 3) 1-2年 4）2年或以上

**4.过去12个月，您因牙齿和口腔的问题，出现下列情况的频率如何？**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | 总是 | 经常 | 有时 | 很少 | 无 |
| 1) 咬或咀嚼食物困难 |  |  |  |  |  |
| 2) 说话或发音不准 |  |  |  |  |  |
| 3) 口干或吞咽困难 |  |  |  |  |  |
| 4) 使用药物缓解口腔疼痛或不是 |  |  |  |  |  |
| 5) 牙齿对冷热酸甜等刺激敏感 |  |  |  |  |  |

**5.您的牙齿和口腔健康状况对您的生活影响有多大？**

1) 没有影响 2) 轻微 3) 一般 4）严重 5）非常严重

**6.您对自己的牙齿和口腔状况评价如何？**

1) 很好 2) 较好 3) 一般 4）较差 5）很差

1. **口腔检查**
2. 口面部皮肤、黏膜、牙龈状况
3. 急慢性炎症（ ）（窦道、红肿、出血或糜烂、溃疡等情况）
4. 异常增生 （ ）（斑纹、伪膜、肿物、异常突起等）
5. 其他异常 （ ） 说明：
6. 是否具有下面的义齿修复
7. 各类情况分别填写，如果有，填写“1”，没有填写“0”。
8. 选择“其他异常（义齿）”，需补充说明。
	1. 活动义齿（ ）
	2. 固定义齿（ ）
	3. 种植义齿（ ）

其他义齿（ ） 说明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 牙列状况
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 无功能 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 无功能 |
| 龋失补 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 龋失补 |
|  | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |  |
|  | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |  |
| 龋失补 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 龋失补 |
| 无功能 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 无功能 |

1. 咬合状况

“无功能”代码

0-功能完好，可以空着不填；

1-残根、残冠或劈裂等大面积缺损导致无咬合功能：

2-重度牙周病、三度松动等导致无咬合功能；

3-其他情况导致无咬合功能，如极度倾斜、扭转或阻生等；

“龋失补”代码

 （牙冠、牙根不区分）

0-完好； 1-有龋；

2-充填有龋；3-充填无龋；

4-缺失； 7桥基牙或冠。

A1，A2，A3；

B1，B2，B3，B4；

C1，C2，C3。

####

机构名称 ： 检查医生 ： 日期：

不算缺失牙：智齿、正畸减数、先天缺牙、固定义齿修复（种植牙、固定桥等）。

不算缺失牙：智齿、正畸减数、先天缺牙、固定义齿修复（种植牙、固定桥等）。