

大口町 8020運動 歯の健康コンクール応募用紙

該当する表彰に○をつけてください 8020 表彰 ・ 9018 表彰
下記太枠の中をご記入ください。

住所	大口町						
フリガナ			生年月日	大・昭	年	月	日
氏名							
TEL	—		年齢	満	歳	性別	男・女

質問にお答えください。

- ・歯は何本残っていますか。() 本
- ・現在の健康状態はいかがですか。(健康・普通・病弱)
- ・好きな食べ物は何か(魚・野菜・肉・その他)
- ・楽しみはなんですか。()
- ・歯の健康で気を付けていることはありますか。(歯磨き、8020の秘訣等) ()

※広報に氏名・年齢・お住まいの地区・質問事項等を掲載予定です。
掲載不可能な項目(氏名・年齢・お住まいの地区・質問事項) ○をつけて下さい

*すでに表彰された方は対象となりません。
(8020 表彰を受賞された方で 9018 表彰に応募される方は対象となります。)

8020・9018 歯科健診票

1) 歯牙の状況

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
右															左
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

歯牙診査記号 健全歯：／ 処置歯：○ 欠損歯：△ 欠損補綴：◎
未処置歯：C₁ C₂ C₃ C₄

健全歯	本
処置歯	本
未処置歯 (C ₁ ~C ₃ 含む)	本
合計	本

※「C₄」は欠損歯扱いです。
※義歯、ブリッジのダミーは欠損歯扱いです。
※過剰歯は、歯として機能していれば1本と見なしします。
※左記の合計が80歳で20本以上、90歳で18本以上ない場合は、表彰対象から外されますのでご注意ください。

審査日 令和 7 年 9 月 日
審査歯科医院名
審査歯科医師氏名