

# 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							
氏名			生年月日	大・昭	年	月	日
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。(良好・良好ではない)
- ・好きな食べ物は何か(魚・野菜・肉・その他 )
- ・楽しみは何ですか。( )
- ・歯の健康で気を付けていることは何か。(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：C<sub>1</sub> C<sub>2</sub> C<sub>3</sub> C<sub>4</sub>

健全歯	本
処置歯	本
未処置歯 (C <sub>1</sub> ~C <sub>3</sub> 含む)	本
合計	本

※「C<sub>4</sub>」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 8年 月 日  
 審査歯科医院名 \_\_\_\_\_  
 審査歯科医師氏名 \_\_\_\_\_