

# 令和6年度歯科健康診査結果集計表

(様式1)

多摩立川保健所管理課保健医療担当宛 (送付先ファクシミリ番号：042-528-2777)

\_\_\_\_\_市 施設名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 担当者 \_\_\_\_\_ 健診日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

クラス	在籍者数		(ア)+(イ)+(ウ) 受診者数		乳歯の状況											
					(ア) 乳歯のむし歯の ない者	乳歯のむし歯のある者				乳歯のむし歯の本数						
						(イ) 未処置歯のある者	(ウ) 処置完了している者	(エ)+(オ) 総数	(エ) 未処置歯数	(オ) 処置歯数						
0歳児		人		人		人		人		人		本		本		本
1歳児		人		人		人		人		人		本		本		本
2歳児		人		人		人		人		人		本		本		本
3歳児		人		人		人		人		人		本		本		本
4歳児		人		人		人		人		人		本		本		本
5歳児		人		人		人		人		人		本		本		本

クラス	永久歯の状況 (受診者のうち永久歯が生えていた者)															
	(カ)+(キ)+(ク) 永久歯の 生えている者		(カ) 永久歯のむし歯の ない者		永久歯のむし歯のある者				永久歯の内容							
					(キ) 未処置歯のある者	(ク) 処置完了している者	(ケ)+(コ)+(サ) 総数	(ケ) むし歯未経験歯数	(コ) 未処置歯数	(サ) 処置歯数						
4歳児		人		人		人		人		本		本		本		本
5歳児		人		人		人		人		本		本		本		本