

# お口の成長記録手帳



東北大学大学院歯学研究科  
歯学イノベーションリエゾンセンター地域連携部門  
東北大学災害復興新生研究機構  
復興アクション事業

地域連携部門室HP

<http://www.chiiki.dent.tohoku.ac.jp/>

東北大学大学院歯学研究科  
復興アクション事業

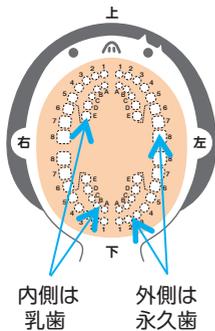
# 本人の情報

名前

性別 男 ・ 女

生年月日 西暦 年 月 日  
平成 年 月 日

## 【口の絵の見方】



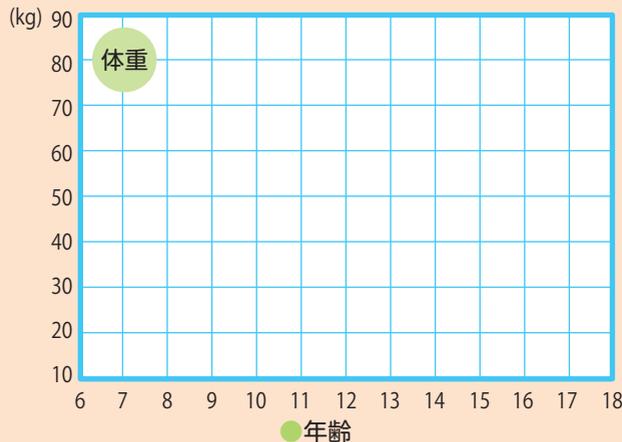
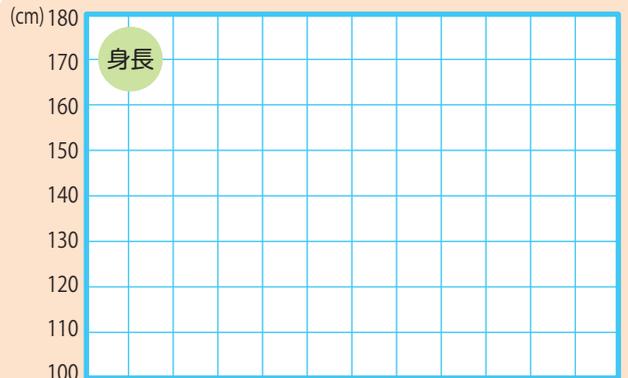
向かい合って口を開けた状態の絵ですので、左右が自身と反対です。歯の状態は、下記の模様で表しています。

短い時間での診査ですので、詳細はかかりつけ歯科医に相談してください。

- |             |       |   |                          |                          |
|-------------|-------|---|--------------------------|--------------------------|
| 健康な歯        | ..... | 例 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 生えていない歯     | ..... | 例 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| むし歯になりかかりの歯 | ..... | 例 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| むし歯         | ..... | 例 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 治療した歯       | ..... | 例 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 永久歯で抜いた歯    | ..... | 例 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 抜く必要のある乳歯   | ..... | 例 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1

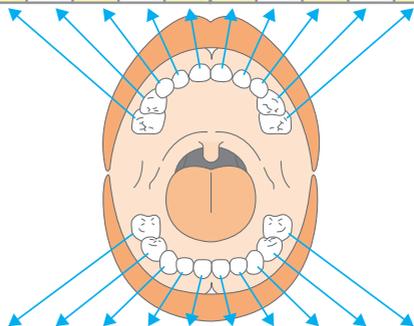
# 成長の記録



2

# 乳歯の記録

	右上の歯					左上の歯					
	第二 小白歯	第一 小白歯	犬 歯	側 切歯	中 切歯	中 切歯	側 切歯	犬 歯	第一 小白歯	第二 小白歯	
生替わる 永久歯											
乳歯	第二 乳白歯	第一 乳白歯	犬 歯	乳 切歯	側 切歯	乳 切歯	中 切歯	側 切歯	乳 切歯	第一 乳白歯	第二 乳白歯
生えた日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
抜けた日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日



生えた日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
抜けた日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
乳歯	第二 乳白歯	第一 乳白歯	犬 歯	乳 切歯	側 切歯	乳 切歯	中 切歯	側 切歯	乳 切歯	第一 乳白歯	第二 乳白歯
生替わる 永久歯	第二 小白歯	第一 小白歯	犬 歯	側 切歯	中 切歯	中 切歯	側 切歯	犬 歯	第一 小白歯	第二 小白歯	

右下の歯

左下の歯

3

# 永久歯の記録

	右上の歯					左上の歯					
	第二 小白歯	第一 小白歯	犬 歯	側 切歯	中 切歯	中 切歯	側 切歯	犬 歯	第一 小白歯	第二 小白歯	
生えた日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
第一大臼歯	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
第二大臼歯	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
第三大臼歯	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
第一大臼歯	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
第二大臼歯	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
第三大臼歯	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
生えた日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
乳歯	第二 乳白歯	第一 乳白歯	犬 歯	乳 切歯	側 切歯	乳 切歯	中 切歯	側 切歯	乳 切歯	第一 乳白歯	第二 乳白歯
生えた日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	

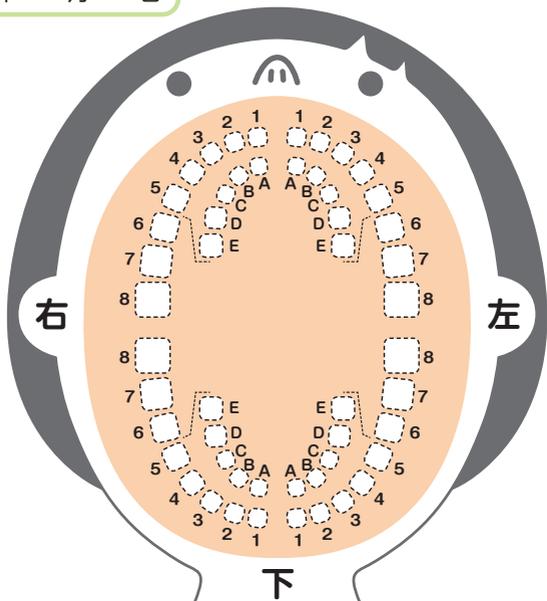
右下の歯

左下の歯

4

年 月 日

上

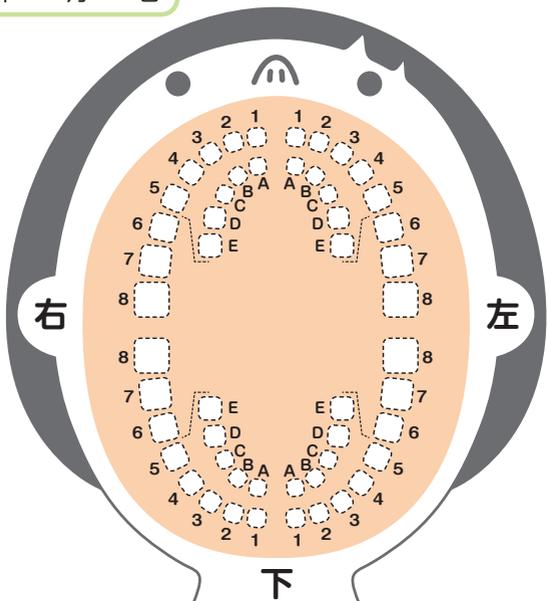


歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

5

年 月 日

上

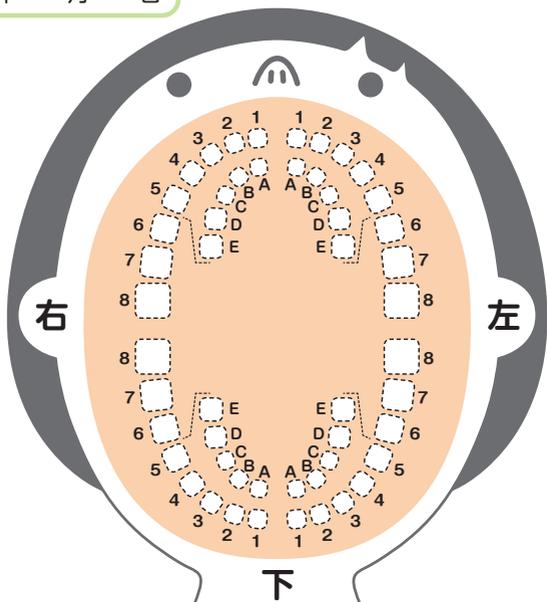


歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

6

年 月 日

上



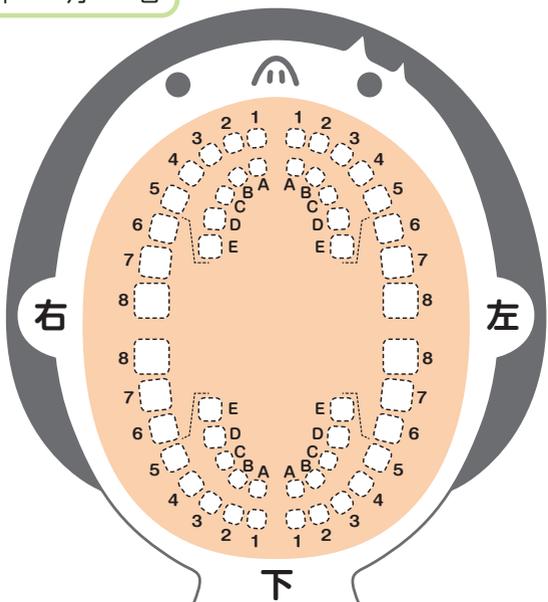
下

歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本) 永久歯 ( 本)	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
身長	体重		
cm	kg		

7

年 月 日

上



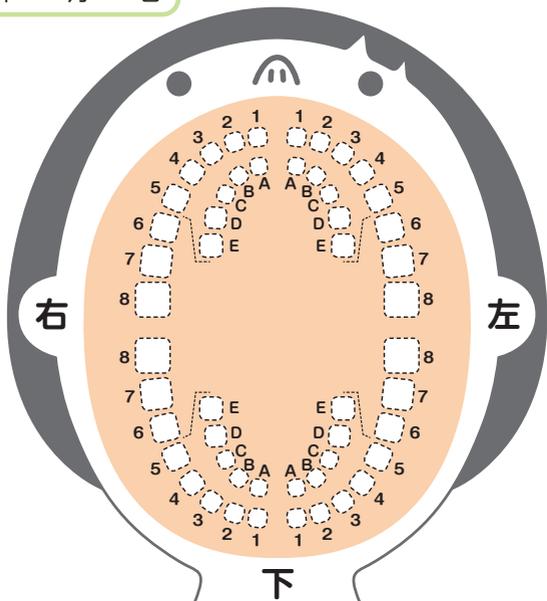
下

歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本) 永久歯 ( 本)	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
身長	体重		
cm	kg		

8

年 月 日

上

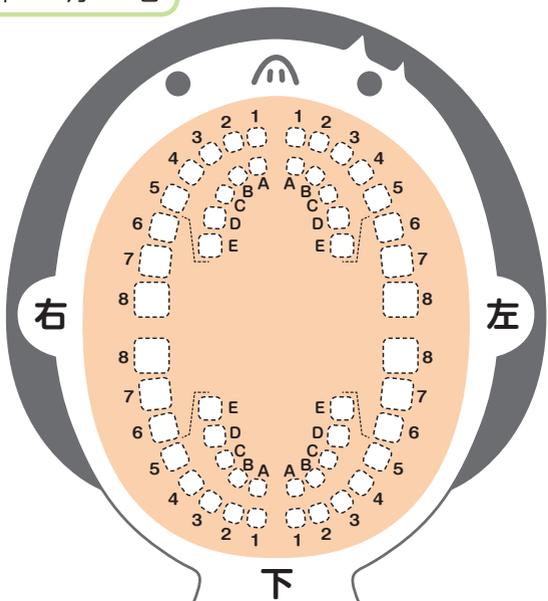


歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本) 永久歯 ( 本)	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
身長	体重		
cm	kg		

9

年 月 日

上

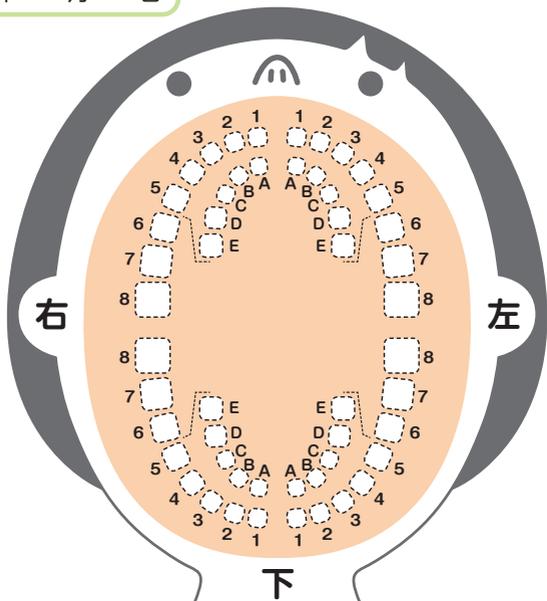


歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本) 永久歯 ( 本)	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
身長	体重		
cm	kg		

10

年 月 日

上

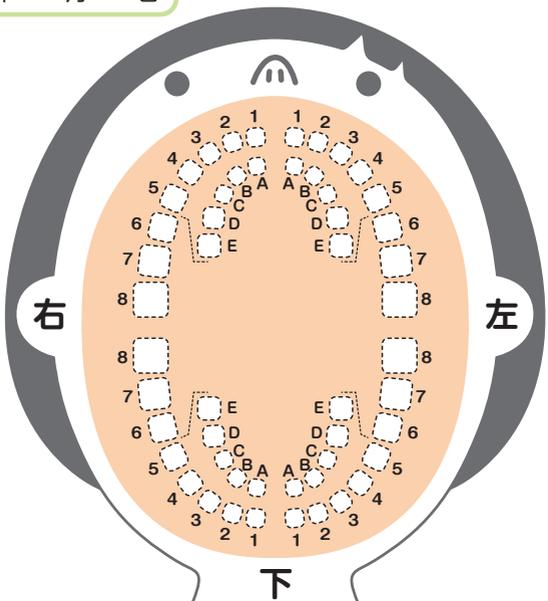


下

歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

年 月 日

上

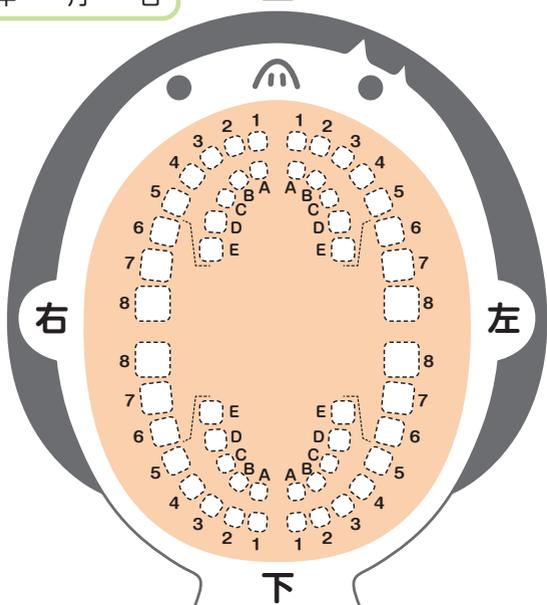


下

歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

年 月 日

上

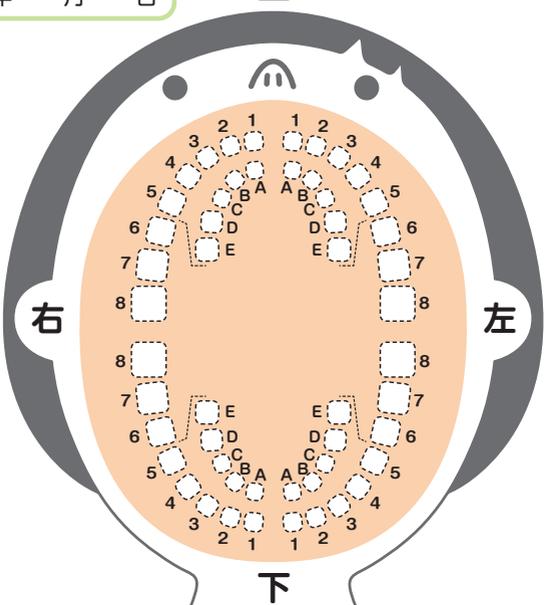


歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

13

年 月 日

上

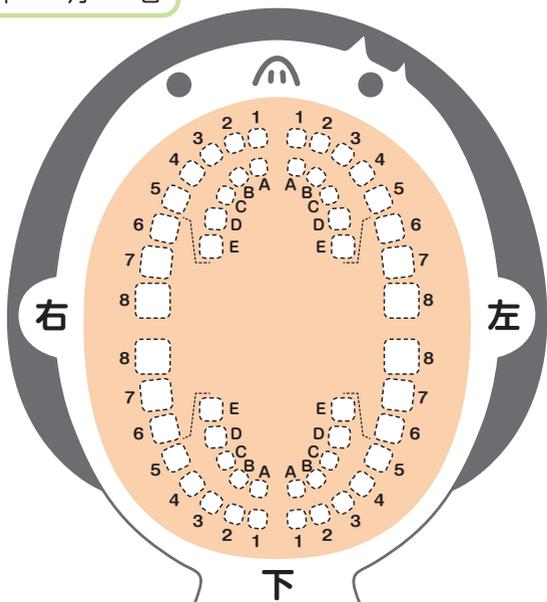


歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

14

年 月 日

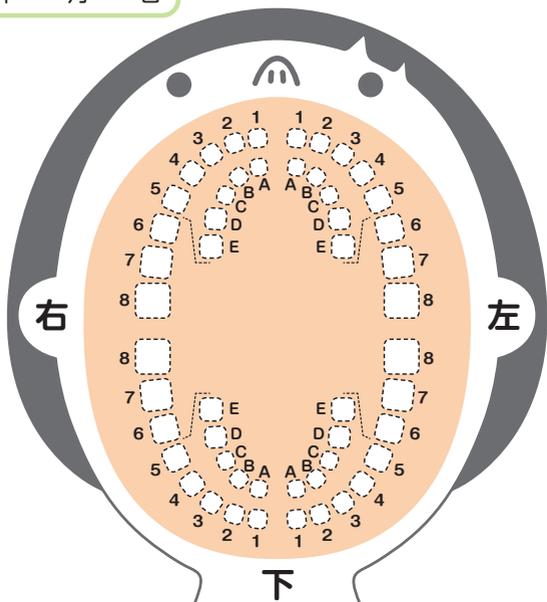
上



歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

年 月 日

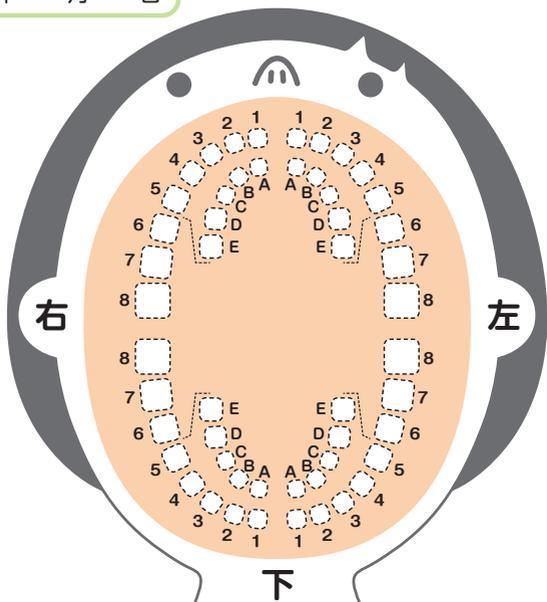
上



歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

年 月 日

上

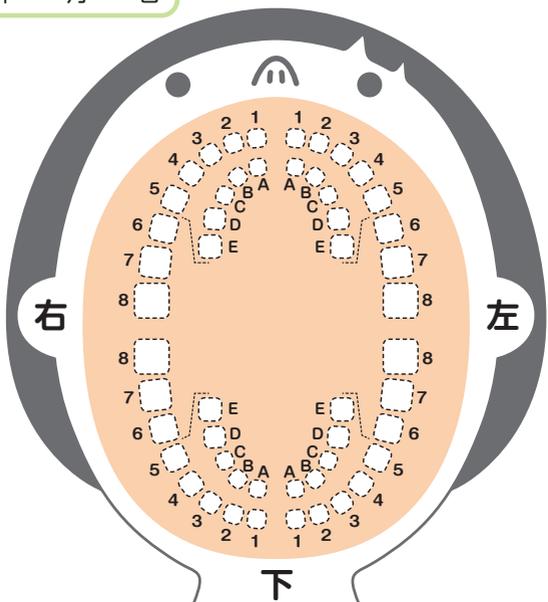


下

歯肉の状況		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

年 月 日

上

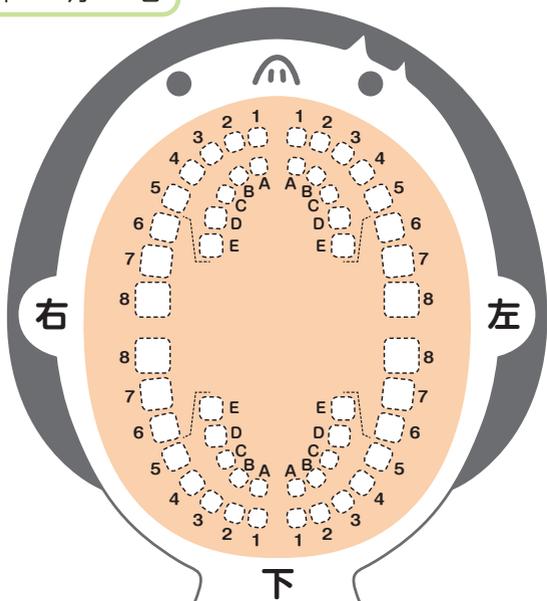


下

歯肉の状況		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本)			
永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

年 月 日

上



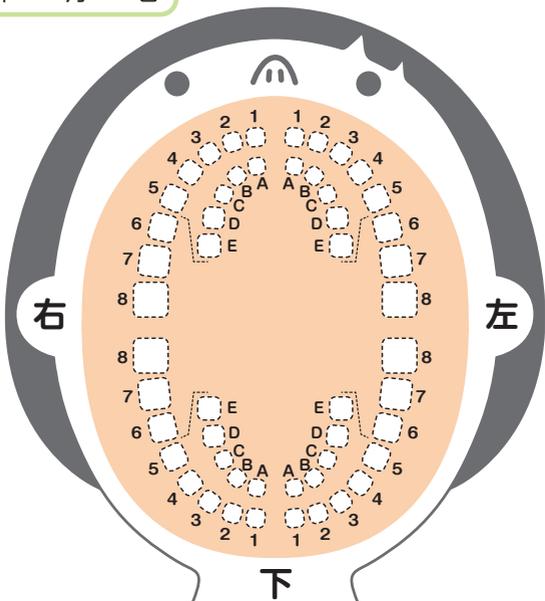
下

歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本) 永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

19

年 月 日

上



下

歯肉の状熊		歯の汚れ	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎・ <input type="checkbox"/> 歯肉炎と歯石		<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い	
歯ならび・かみ合わせ		歯・口腔の疾病異常・その他	
<input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 相談			
要治療のむし歯		要観察歯	
<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	
乳 歯 ( 本) 永久歯 ( 本)			
身長	体重		
cm	kg		

20

平成 年 月 日

歯 の 状 態	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	要治療の むし歯	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本 ) 永久歯 ( 本 )
	上		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上		歯の汚れ	<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い			
	右		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左		歯肉・粘膜	<input type="checkbox"/> 異常 なし・ <input type="checkbox"/> あり ( )			
	下		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	下		かみ合わせ 歯ならび	<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 経過 観察			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯・口腔の 疾病異常		

平成 年 月 日

歯 の 状 態	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	要治療の むし歯	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本 ) 永久歯 ( 本 )
	上		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上		歯の汚れ	<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い			
	右		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左		歯肉・粘膜	<input type="checkbox"/> 異常 なし・ <input type="checkbox"/> あり ( )			
	下		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	下		かみ合わせ 歯ならび	<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 経過 観察			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯・口腔の 疾病異常		

平成 年 月 日

歯 の 状 態	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	要治療の むし歯	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本 ) 永久歯 ( 本 )
	上		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上		歯の汚れ	<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い			
	右		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左		歯肉・粘膜	<input type="checkbox"/> 異常 なし・ <input type="checkbox"/> あり ( )			
	下		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	下		かみ合わせ 歯ならび	<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 経過 観察			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯・口腔の 疾病異常		

平成 年 月 日

歯 の 状 態	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	要治療の むし歯	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本 ) 永久歯 ( 本 )
	上		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上		歯の汚れ	<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い			
	右		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左		歯肉・粘膜	<input type="checkbox"/> 異常 なし・ <input type="checkbox"/> あり ( )			
	下		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	下		かみ合わせ 歯ならび	<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 経過 観察			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯・口腔の 疾病異常		

平成 年 月 日

歯 の 状 態	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	要治療の むし歯	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本 ) 永久歯 ( 本 )
	上		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上		歯の汚れ	<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い			
	右		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左		歯肉・粘膜	<input type="checkbox"/> 異常 なし・ <input type="checkbox"/> あり ( )			
	下		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	下		かみ合わせ 歯ならび	<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 経過 観察			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯・口腔の 疾病異常		

平成 年 月 日

歯 の 状 態	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	要治療の むし歯	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり	乳 歯 ( 本 ) 永久歯 ( 本 )
	上		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上		歯の汚れ	<input type="checkbox"/> きれい・ <input type="checkbox"/> 少ない・ <input type="checkbox"/> 多い			
	右		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左		歯肉・粘膜	<input type="checkbox"/> 異常 なし・ <input type="checkbox"/> あり ( )			
	下		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	下		かみ合わせ 歯ならび	<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 経過 観察			
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	歯・口腔の 疾病異常		