

# 口腔がん・口腔粘膜疾患チェックシート

平成 年 月 日

ご氏名

---

担当歯科医

---

※下記の項目にある症状が見られる時は□をチェックしてください。

1. 舌の側縁に異常がある . . . . . □
2. 頬粘膜に異常がある . . . . . □
3. 歯肉に異常がある . . . . . □
4. 口底に異常がある . . . . . □
5. その他の部位 (            ) に異常がある . . . . . □
6. 潰瘍・びらんを形成している . . . . . □
7. 腫瘤がある . . . . . □
8. 白色病変がある . . . . . □
9. 赤と白の混在した病変がある . . . . . □
10. 病変に硬結 (しこり) がある . . . . . □
11. 病変から出血がある . . . . . □
12. 病変に痛みがある . . . . . □
13. 病変に急な経時的変化がある . . . . . □

《検診結果》

疑われる所見なし

専門機関での精査が必要

東北口腔がん対策推進会議  
青森県歯科医師会・岩手県歯科医師会・秋田県歯科医師会  
宮城県歯科医師会・山形県歯科医師会・福島県歯科医師会

北海道歯科医師会