

ハチマルニイマル

かなざわ歯ッピ一長寿 8020 賞応募用紙

※ 太枠内にはっきりと正確にご記入ください。表彰状や記念品などにお名前を記載します。

ふりがな															
お名前	_____										性別	男・女				
	(生年月日)		大正・昭和		年	月	日	年齢	歳							
〒	_____			電話番号	_____											
住所	金沢市 _____															

※ご記入いただいた情報は、金沢 8020 表彰事業および 8020 推進財団表彰式以外の目的に使用することはありません。

全身状態 : 当てはまるものすべてに○を付けてください。

- ① 既往歴 1. 高血圧 2. 糖尿病 3. 心疾患 4. 脳血管疾患 5. 認知症 6. その他 ()
- ② 歩行 1. 介助の必要なし 2. 補助具(つえ、車椅子など)を使用 3. その他 ()

動揺度																
現在歯の 状況	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
現在歯の 状況	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
動揺度																

1 健全歯数 (ノ)	2 処置歯数 (○)	3 未処置歯数(C)	4 8020 歯数(1+2+3)	5 欠損歯数 (△)	6 欠損補綴歯数(⊕)
------------	------------	------------	------------------	------------	-------------

- 欠損歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入してください。
- C4、根面被覆歯、インプラント等は無記入とします。
- 動揺度は Miller の分類を用いてください

医療機関名 _____ 歯科医師名 _____ (印)

切り取り線で切り離し、上の部分は金沢市歯科医師会に FAX (216-8241) または郵送にてお送り下さい。下の部分は応募者に渡してください。

----- 切 り 取 り -----

かなざわ歯ッピ一長寿8020(ハチマルニイマル)賞応募者の方へ

この度は、かなざわ歯ッピ一長寿8020賞にご応募いただき、ありがとうございます。平成 30 年 10 月上旬に優秀者 10 名を選出し、金沢市健康政策課よりご連絡いたします。表彰式は、平成 30 年 10 月下旬に金沢市役所にて行い、山野金沢市長より表彰状と記念品が授与されます。