

カルテNoとは・・・
各医院様で管理している患者様のカルテNo.
もしくは患者様のID No.のことです。

必ず1箇所でご記入ください。

送付用

口腔細菌叢DNA検査用 検査申込書

口腔細菌叢DNA検査用

電話番号	必ず左詰めで数字のみご記入ください 0 1 2 3 4 5 6 8 9									
フリガナ	ジーシーデンタルクリニック									
施設名	ジーシーデンタルクリニック									
住所 (報告書 送付先)	〒174-8585					東京都板橋区				
	連沿町 76-1									
担当者名 (カタカナ)	イダバシ									

カルテ No.	131810		性別	男・女
名前(検体名)				
フリガナ	セイ ヤマダ	メイ タロウ		
患者氏名	性 山田	名 太郎		
生年月日	(西暦) 1990	年 01	月 13	日
検体 採取日	(西暦) 2017	年 10	月 11	日
オーラルチェック センター使用欄	OCC No.			
	受付日			

【個人情報取り扱いについて】お送りいただいた検査申込書の個人情報及び検体から得られる検査結果は、個人を特定しない統計的情報の形で学会活動を含む当社の研究開発に利用させていただくことがございます。ご了承のうえ、検査をお申し込みください。詳細につきましては、裏面のご案内を参照してください。
※お申し込みをもってご了承いただいたものとさせていただきます。

検体採取歯牙											
1 8 7 6 4 3 2 1						1 2 3 4 5 6 7 8					
4 3 7 6 5 4 3 2 1						1 2 3 4 5 6 7 8					
検体採取部位											
1	唇側遠心 頬側遠心	2	唇側中央 頬側中央	3	唇側近心 頬側近心	4	口蓋側遠心 舌側遠心	5	口蓋側中央 舌側中央	6	口蓋側近心 舌側近心
ポケット深さ(検体採取部位)											
整数でご記入してください。										4	mm
出血の有無											
1 出血有り						2 出血無し					
検体採取部位の骨吸収											
整数でご記入してください。										4	mm
検体採取部位の炎症度合い											
0	炎症なし	1	軽度	2	中等度	3	高度	2			
検体採取部位のプラーク付着											
0	なし	1	触るとある	2	視認可	3	多量	2			
口腔内全体の喪失歯数											
整数でご記入してください。										7	本
全身疾患(糖尿病など)の有無											
1 なしあるいは不明						2 あり					
喫煙の有無【一日あたりの本数】											
1	非喫煙者 あるいは不明	2	過去喫煙 習慣あり	3	10本 以内	4	19本 以内	5	20本 以上	3	

整数でご記入
ください。