

ICS 点击此处添加 ICS 号

CCS 点击此处添加 CCS 号

# 团 体 标 准

T/CHSA XXXX—XXXX

## 社区卫生服务机构口腔健康档案管理指南

Guidelines for Oral Health Record Management in Community Health Service  
Institutions

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

中华口腔医学会 发布



## 目 次

前言 .....	III
引言 .....	IV
1 范围 .....	5
2 规范性引用文件 .....	5
3 术语和定义 .....	5
4 社区卫生服务机构口腔健康档案的内容 .....	6
4.1 口腔健康档案编号 .....	6
4.2 个人基本信息 .....	6
4.3 口腔健康状况 .....	6
4.4 口腔健康服务活动记录 .....	6
4.5 口腔健康调查问卷 .....	6
5 社区卫生服务机构口腔健康档案的管理 .....	6
5.1 总体要求 .....	6
5.2 组织管理 .....	7
5.3 档案建立 .....	7
5.4 档案更新 .....	7
5.5 质量控制 .....	7
5.6 口腔健康档案的终止和保存 .....	7
6 社区卫生服务机构口腔健康档案的应用 .....	8
6.1 临床应用 .....	8
6.2 公共卫生服务 .....	8
6.3 信息共享与协同 .....	8
6.4 档案利用 .....	8
6.4.1 支持临床决策 .....	8
7 社区卫生服务机构口腔健康档案的信息安全与隐私保护 .....	9
7.1 总体要求 .....	9
7.2 管理职责 .....	9
7.3 数据采集安全 .....	9
7.4 数据存储安全 .....	9
7.5 数据使用安全 .....	9
7.6 数据共享安全 .....	10
7.7 隐私保护措施 .....	10
8 社区卫生服务机构口腔健康档案管理人员的职责与培训 .....	10
8.1 人员配置要求 .....	10
8.2 岗位职责 .....	10
8.3 培训要求 .....	10
8.4 能力提升 .....	11
附录 A（规范性） 口腔检查项目 .....	12

T/CHSA XXXX—XXXX

附录 B (规范性)	建档流程图 .....	13
附录 C (规范性)	口腔健康检查表 .....	14
附录 D (规范性)	口腔健康调查问卷 .....	20
附录 E (规范性)	口腔健康服务活动记录 .....	26

## 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华口腔医学会社区口腔医疗专业委员会提出。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件起草单位：上海市口腔医院、北京中西医结合医院、上海市闵行区牙病防治所、首都医科大学附属北京友谊医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、北京大学深圳医院、山西省运城市口腔医院、新疆医科大学第二附属医院、四川省人民医院、上海市静安区牙病防治所、上海市徐汇区口腔医院、上海市奉贤区牙病防治所、上海市虹口区牙病防治所、上海市黄浦区牙病防治所。

本文件主要起草人：刘月华、牛光良、王艳、徐晓明、曹立群、张方明、刘海江、刘晓芬、王左敏、杨宏宇、肖希娟、古力巴哈·买买提力、牟雁东、曾晓莉、曾东、施乐、钱文昊、张鸿军、王飞、许卫星。

本文件顾问：孙正、周学东。

## 引 言

居民健康档案是基本公共卫生服务面向城乡居民提供的一项基本服务内容，由社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院、村卫生室等社区卫生服务机构建立和管理，在为居民提供全生命周期健康管理服务中发挥着基础性载体作用。口腔健康作为全身健康的重要组成部分，越来越受到人们的关注和重视。第四次全国口腔健康流行病学调查显示，我国居民的口腔健康状况不容乐观，居民口腔健康知识和健康行为有待提高。然而，在现有的居民健康档案管理规范中，未见有关于口腔健康档案管理的相关指南规范。社区卫生服务机构作为健康管理的基层单位，亟需通过系统化档案完善居民健康数据的动态管理，提升服务效能。综上，中华口腔医学会社区口腔医疗专业委员会召集国内部分知名医学院校、医院、牙病防治所、社区卫生服务中心等单位的专家进行专题讨论，综合近年来国内外健康档案的相关规范，制定本文件，供社区卫生服务机构使用。

# 社区卫生服务机构口腔健康档案管理指南

## 1 范围

本文件规定了社区卫生服务机构建立居民口腔健康档案的基本内容、管理要求、应用范围、信息安全与隐私保护、管理人员职责及培训要求等。

本文件适用于全国各类社区卫生服务机构社区口腔健康档案的建设和管理。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS 365-2011 城乡居民健康档案基本数据集

WS/T 483.1-2016 健康档案共享文档规范 第1部分：个人基本健康信息登记

WS/T 483.4-2016 健康档案共享文档规范 第4部分：儿童健康体检

WS/T 472-2015 口腔健康调查 检查方法

国家基本公共卫生服务规范（第三版）（居民健康档案管理服务规范）

关于印发居民电子健康档案首页基本内容（试行）的通知（国卫办基层发〔2024〕15号）：居民电子健康档案首页基本内容（试行）

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1 口腔健康档案 oral health record

在社区卫生服务过程中形成的，能够系统、完整记录居民口腔健康状况和医疗保健服务的规范化健康信息载体，包括电子和纸质两种形式。

### 3.2 口腔健康档案管理 oral health record management

对口腔健康档案的建立、使用、维护、保存等全过程进行的规范化管理活动。

### 3.3 信息共享 information sharing

在保障信息安全和个人隐私的前提下，授权机构之间交换、使用口腔健康档案信息的过程。

### 3.4 去标识化 de-identification

通过对个人信息的技术处理，使其在不借助额外信息的情况下无法识别特定个人身份的过程。

## 4 社区卫生服务机构口腔健康档案的内容

### 4.1 口腔健康档案编号

社区卫生服务机构口腔健康档案应具备与档案记录对象对应的唯一档案编号,支持及时更新档案对象信息,方便匹配、嵌入档案对象的其他健康档案。

### 4.2 个人基本信息

主要包括人口学信息、社会经济学信息、紧急联系人信息、建档信息、家庭医生签约信息、基础健康信息、医疗用支付方式等内容。

### 4.3 口腔健康状况

#### 4.3.1 口腔黏膜状况

评估口腔黏膜是否有异常,以及异常的部位。

#### 4.3.2 牙状况

评估全口牙冠和牙根的龋、失、补、窝沟封闭、残根、种植等状况。

#### 4.3.3 牙周状况

评估全口牙龈出血、牙石、牙周袋、牙周附着丧失等状况。

#### 4.3.4 义齿修复状况

记录是否存在义齿修复及义齿修复的类型。

### 4.4 口腔健康服务活动记录

记录居民因口腔疾病或健康问题所接受的相关卫生健康服务活动的基本情况,通过时序排列,能够直观反映档案对象的口腔健康和疾病问题以及所接受的针对性卫生健康服务或干预措施的基本情况。主要包括服务时间、服务机构、口腔健康问题或疾病诊断、服务内容、医学报告等内容。

### 4.5 口腔健康调查问卷

调查记录居民及家庭的基本社区经济及受教育状况、口腔饮食习惯、口腔卫生习惯,口腔健康知、信、行现状,口腔就医行为,自我感觉到的口腔健康问题,口腔卫生服务利用等情况。

## 5 社区卫生服务机构口腔健康档案的管理

### 5.1 总体要求

5.1.1 社区卫生服务机构应当建立健全口腔健康档案管理制度，配备专（兼）职人员负责档案管理工作。

5.1.2 口腔健康档案管理应当遵循“权责一致、目标明确、最少够用、确保安全”的原则。

## 5.2 组织管理

社区卫生服务机构应当成立口腔健康档案管理工作组，由机构负责人担任组长，成员包括社区卫生服务机构分管领导、部门负责人、口腔医师、公共卫生医师和信息管理人员等。工作组职责包括：

- a) 制定本机构口腔健康档案管理实施细则；
- b) 监督档案管理质量；
- c) 协调解决档案管理中的问题。

## 5.3 档案建立

### 5.3.1 建档对象

辖区内所有常住居民，其中重点人群包括：0-6岁儿童、中小學生、孕产妇、老年人、残疾人等。

### 5.3.2 建档方式

在口腔医疗服务过程中及时将病案资料纳入本人的口腔健康档案，在口腔健康公共卫生服务中及时将口腔检查及适宜干预措施等内容录入本人口腔健康档案中。

## 5.4 档案更新

### 5.4.1 定期更新要求

每年至少更新1次，就诊患者即时更新。

### 5.4.2 档案保管

实行必要的备份制度，定期进行数据校验，建立灾难恢复机制。

## 5.5 质量控制

### 5.5.1 口腔检查的质量控制

包括口腔检查员和记录员的资质要求、培训要求、标准一致性检验及检查过程中的质量控制要求等。

### 5.5.2 问卷调查的质量控制

包括问卷调查员的资质要求、培训要求、调查质量核查机制等。

### 5.5.3 督导机制

社区卫生服务机构对口腔健康档案建立和管理过程中的督导检查机制。

## 5.6 口腔健康档案的终止和保存

### 5.6.1 口腔健康档案的终止

口腔健康档案的终止缘由包括死亡、迁出、失访等，均需记录日期。对于迁出辖区的还要记录迁往地点的基本情况、档案交接记录等。

#### 5.6.2 口腔健康档案的保存

纸质健康档案应逐步过渡到电子健康档案，纸质和电子健康档案，由健康档案管理单位（即居民死亡或失访前管理其健康档案的单位）参照现有规定中的病历的保存年限、方式负责保存。

### 6 社区卫生服务机构口腔健康档案的应用

#### 6.1 临床应用

##### 6.1.1 基本医疗服务

- a) 提供口腔健康检查、疾病诊断和治疗服务时，完整记录诊疗信息；
- b) 及时更新口腔档案内容，包括龋病、牙周病等常见口腔疾病的诊疗记录；
- c) 转诊建议及诊疗记录。

##### 6.2.2 预防保健服务

- a) 记录口腔保健服务，包括涂氟、窝沟封闭等预防措施；
- b) 开展0-6岁儿童、孕产妇、老年人等重点人群的口腔健康管理服务。

#### 6.2 公共卫生服务

##### 6.2.1 健康管理

- a) 建立居民口腔健康档案，并纳入家庭医生签约服务内容；
- b) 开展口腔健康风险评估，制定个性化干预方案。

##### 6.2.2 健康教育与促进

- a) 利用档案数据开展针对性的口腔健康教育活动；
- b) 定期分析辖区居民口腔健康状况，为公共卫生决策提供依据。

#### 6.3 信息共享与协同

##### 6.3.1 双向转诊

社区卫生服务机构与上级医疗机构建立双向转诊机制，实现口腔健康信息的互联互通互认。

##### 6.3.2 跨机构调阅

在区域卫生信息平台支持下，实现口腔健康档案的跨机构调阅和共享。

#### 6.4 档案利用

##### 6.4.1 支持临床决策

为医务人员提供完整的口腔健康历史记录，辅助制定科学合理的诊疗方案。

#### 6.4.2 科研与统计分析

脱敏处理后，用于口腔疾病流行病学研究；为卫生政策制定提供数据支持。

### 7 社区卫生服务机构口腔健康档案的信息安全与隐私保护

#### 7.1 总体要求

##### 7.1.1 法律法规依据

为规范口腔健康档案信息安全管理，保护患者隐私权益，依据《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》《医疗卫生机构网络安全管理办法》等法律法规，制定本章内容。

##### 7.1.2 适用范围

适用于社区卫生服务机构口腔健康档案的采集、存储、使用、共享、传输和销毁等全生命周期管理。

#### 7.2 管理职责

社区卫生服务机构主要负责人为居民口腔健康档案信息安全第一责任人，应建立健全口腔健康档案信息安全管理制度、配备信息安全管理人員、保障信息安全建设经费投入；实施网络安全等级保护制度、定期开展安全风险评估、组织信息安全培训。

#### 7.3 数据采集安全

##### 7.3.1 采集原则

最小必要原则，仅收集与口腔健康服务直接相关的信息，并征得患者明确知情同意。

##### 7.3.2 采集要求

通过规范渠道获取信息且验证信息真实性和准确性。

#### 7.4 数据存储安全

电子档案应符合三级等保要求、加密存储敏感信息、实行异地容灾备份；纸质档案应专用档案室双人双锁管理、安装视频监控装置、定期检查保管条件。

#### 7.5 数据使用安全

##### 7.5.1 访问控制

- a) 实施基于角色的权限管理
- b) 采用双因素认证
- c) 记录完整操作日志

##### 7.5.2 使用规范

- a) 严格限制批量导出
- b) 禁止非授权修改

- c) 临床研究需经伦理审查

## 7.6 数据共享安全

### 7.6.1 共享原则

- a) 依法依规共享
- b) 最小范围共享
- c) 签订数据安全协议

### 7.6.2 传输要求

- a) 通过卫生专网传输
- b) 使用国密算法加密
- c) 禁止互联网明文传输

## 7.7 隐私保护措施

### 7.7.1 去标识化处理

- a) 科研统计使用去标识化数据
- b) 建立编码对照表管理制度

### 7.7.2 患者权利保障

- a) 提供档案查询服务
- b) 受理信息更正申请
- c) 设置投诉举报渠道

## 8 社区卫生服务机构口腔健康档案管理人员的职责与培训

### 8.1 人员配置要求

- a) 具有医学相关学历
- b) 接受过档案管理专业培训
- c) 熟悉口腔健康服务流程

### 8.2 岗位职责

档案管理人员职责：

- a) 完善并落实档案管理制度
- b) 落实档案质量管理工作
- c) 负责档案的收集、整理与归档
- d) 维护档案信息系统
- e) 定期开展档案质量自查

### 8.3 培训要求

#### 8.3.1 岗前培训

内容包括档案管理规范、信息安全要求、口腔专科知识等，考核合格后方可上岗。

### 8.3.2 继续教育

重点培训新政策法规、信息技术应用、质量管理方法。

## 8.4 能力提升

### 8.4.1 专业知识

- a) 掌握口腔健康档案管理规范
- b) 熟悉常见口腔疾病诊疗流程

### 8.4.2 操作技能

- a) 熟练使用健康档案系统
- b) 具备基础数据分析能力

### 8.4.3 职业素养

- a) 严格遵守保密制度
- b) 具备良好的沟通协调能力

附录 A  
(规范性)

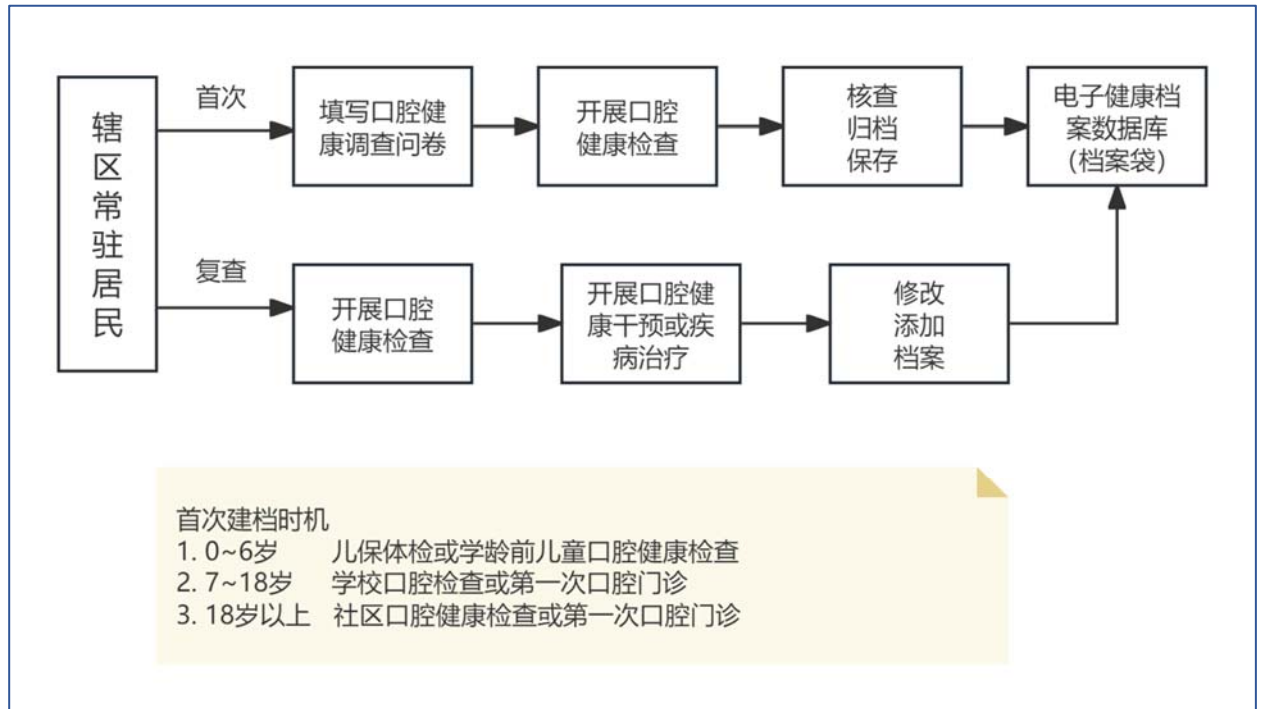
## 口腔检查项目

表A.1不同年龄段居民口腔检查项目

年龄组	调查项目	不调查项目
0~6岁	牙状况（只检查牙冠情况）	口腔黏膜 牙状况（牙根情况） 牙周状况（包括牙龈出血、牙石情况、牙周袋深度、附着丧失） 氟牙症 义齿修复状况
7~18岁	牙状况（只检查牙冠情况） 牙周状况（全口牙齿）：牙龈出血、牙石情况（15岁还需查牙周袋深度和附着丧失）。 氟牙症（仅检查12岁年龄组学生）	口腔黏膜 牙状况（牙根情况） 牙周状况（7~14岁不查牙周袋深度、附着丧失） 义齿修复状况
18岁以上	口腔黏膜 牙状况（牙冠情况和牙根情况） 牙周状况（全口牙齿） 牙龈出血 牙石情况 牙周袋 附着丧失 缺牙及义齿修复状况	氟牙症

附录 B  
(规范性)  
建档流程图

表 B.1 口腔健康档案建立流程图



附录 C  
(规范性)  
口腔健康检查表

表C.1 0-6岁口腔健康检查表

ID号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	姓名	<input type="text"/>
性别	<input type="checkbox"/> 男=1 女=2	民族	<input type="text"/> <input type="text"/>
		户口类型	<input type="checkbox"/> 非农=1 农业=2
出生日期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
检查年份	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	检查日期	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		检查者编号	<input type="text"/>

<b>牙状况</b>												
		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
牙冠	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36
牙冠	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>牙冠符号</b>		
	乳牙	恒牙
A		0 无龋
B		1 冠龋
C		2 已充填有龋
D		3 已充填无龋
E		4 因龋缺失
X		5 因其它原因失牙
F		6 窝沟封闭
G		7 桥基牙, 特殊冠或贴面
X		8 未萌牙
T		T 外伤
N		9 不作记录

<b>需要立即处理和安排治疗的情况说明</b>	<b>表格类型</b>
有=1 无=0	原始表=1 复查表=2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

表 C.2 7-14 岁口腔健康检查表

ID 号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	姓名	<input type="text"/>			
性别	<input type="checkbox"/>	男=1 女=2	民族	<input type="text"/>	<input type="text"/>	户口类型	<input type="checkbox"/>	非农=1 农业=2							
受教育年限	<input type="text"/>	<input type="text"/>	出生日期	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
检查年份	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	检查日期	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	检查者编号	<input type="text"/>				
<b>牙状况</b>															
			55	54	53	52	51		61	62	63	64	65		
	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
牙冠	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75		
	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37
牙冠	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>牙冠符号</b>															
乳牙	恒牙		乳牙	恒牙		乳牙	恒牙		乳牙	恒牙		乳牙	恒牙		
A	0	无龋	E	4	因龋缺失	X	8	未萌牙				T	T	外伤	
B	1	冠龋	X	5	因其它原因失牙							N	9	不作记录	
C	2	已充填有龋	F	6	窝沟封闭										
D	3	已充填无龋	G	7	桥基牙, 特殊冠或贴面										
<b>牙周状况</b>															
			55	54	53	52	51		61	62	63	64	65		
	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27
牙龈出血	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
牙结石	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			85	84	83	82	81		71	72	73	74	75		
	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37
牙结石	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
牙龈出血	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
牙龈出血	0	无	9	不作记录			牙结石	0	无	9	不作记录				
	1	有	X	缺失牙				1	有	X	缺失牙				
<b>氟牙症 (仅检查 12 岁年龄组学生)</b>							<b>需要立即处理和安排治疗的情况说明</b>								
0	正常						有=1	<input type="text"/>							
1	可疑						表格类型								
2	很轻	<input type="text"/>					原始表=1	<input type="text"/>							
3	轻度						复查表=2	<input type="text"/>							
4	中度														
5	重度														
9	不作记录														

表 C.3 15-18 岁口腔健康检查表

ID 号	<input type="text"/>										姓名	<input type="text"/>	
性别	<input type="checkbox"/>	男=1 女=2	民族	<input type="text"/>	户口类型	<input type="checkbox"/>	非农=1 农业=2						
受教育年限	<input type="text"/>	<input type="text"/>	出生日期	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
检查年份	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	检查日期	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	检查者编号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

牙状况												
	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65
牙冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牙冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

牙冠符号												
乳牙	恒牙		乳牙	恒牙		乳牙	恒牙		乳牙	恒牙		
A	0	无龋	E	4	因龋缺失	X	8	未萌牙				
B	1	冠龋	X	5	因其它原因失牙	T	T	外伤				
C	2	已充填有龋	F	6	窝沟封闭	N	9	不作记录				
D	3	已充填无龋	G	7	桥基牙, 特殊冠或贴面							

牙周状况														
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
牙龈出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牙石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牙周袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
附着丧失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37
牙龈出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牙石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
牙周袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
附着丧失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

牙龈出血				牙石			
0	无	9	不作记录	0	探诊后没有牙石	9	不作记录
1	有	X	缺失牙	1	探诊后有牙石	X	缺失牙

<p><b>牙周袋</b></p> <p>0 无</p> <p>1 牙周袋 4-5mm (龈缘在第一个黑区内)</p> <p>2 牙周袋 ≥6mm (龈缘超过第一个黑区的上限)</p> <p>9 不作记录</p> <p>X 缺失牙</p>	<p><b>牙周附着丧失</b></p> <p>0 0-3mm</p> <p>1 4-5mm (釉牙骨质界在第一个黑区内)</p> <p>2 6-8mm (釉牙骨质界在两个黑区之间)</p> <p>3 9-11mm (釉牙骨质界在第二个黑区内)</p> <p>4 ≥12mm (釉牙骨质界超过第二个黑区的上限)</p> <p>9 不作记录</p> <p>X 缺失牙</p>
<p><b>需要立即处理和安排治疗的情况说明</b></p> <p>有=1 <input type="checkbox"/></p> <p>无=0</p>	<p><b>表格类型</b></p> <p>原始表=1 <input type="checkbox"/></p> <p>复查表=2</p>

表 C.4 18 岁以上口腔健康检查表

ID 号	<input type="text"/>	姓名	<input type="text"/>
性别	<input type="checkbox"/> 男=1 <input type="checkbox"/> 女=2	职业	<input type="text"/>
		民族	<input type="text"/>
		户口类型	<input type="checkbox"/> 非农=1 <input type="checkbox"/> 农业=2
受教育年限	<input type="text"/>	出生日期	<input type="text"/>
检查年份	<input type="text"/>	检查日期	<input type="text"/>
		检查者编号	<input type="text"/>

<b>口腔黏膜状况</b>	口腔黏膜有无异常 <input type="checkbox"/> 无异常=0 <input type="checkbox"/> 有异常=1	<b>部位</b>						
0 无异常	<table style="border: none;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							0 唇红缘
1 口腔癌		1 口角						
2 白斑		2 唇黏膜						
3 扁平苔藓		3 唇沟						
4 溃疡（阿弗他、疱疹、创伤性）		4 颊黏膜						
5 念珠菌病		5 口底						
6 脓肿	6 舌							
7 其它（详细说明）	7 硬腭/软腭							
9 不作记录	8 牙槽嵴/牙龈							
	9 不作记录							

<b>牙状况</b>																																																																			
	<table style="border: none; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td></td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>牙冠</td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>牙根</td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65		18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	牙冠	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	牙根	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	55	54	53	52	51		61	62	63	64	65																																																								
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28																																																		
牙冠	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																		
牙根	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																		
	<table style="border: none; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;">71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> <tr> <td></td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>牙冠</td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>牙根</td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		85	84	83	82	81		71	72	73	74	75		48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	牙冠	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	牙根	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	85	84	83	82	81		71	72	73	74	75																																																								
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38																																																		
牙冠	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																		
牙根	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																		

<b>冠根符号</b>		
乳牙	恒牙冠	恒牙根
A	0 无龋	0 无龋
B	1 冠龋	1 根龋
C	2 已充填有龋	2 已充填有龋
D	3 已充填无龋	3 已充填无龋
E	4 因龋缺失	6 残根
X	5 因其它原因失牙	7 种植牙
F	6 窝沟封闭	8 牙根未暴露
G	7 桥基牙，特殊冠或贴面	9 不作记录
X	8 未萌牙	
T	T 外伤	
N	9 不作记录	

<b>牙周状况</b>																																																																																											
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">18</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">17</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">16</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">15</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">14</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">13</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">12</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">11</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">21</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">22</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">23</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">24</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">25</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">26</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">27</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">牙龈出血</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">牙石</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">牙周袋</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">附着丧失</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28	牙龈出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	牙石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	牙周袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	附着丧失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28																																																																										
牙龈出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
牙石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
牙周袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
附着丧失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">48</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">47</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">46</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">45</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">44</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">43</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">42</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">41</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">31</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">32</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">33</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">34</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">35</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">36</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">37</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">牙龈出血</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">牙石</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">牙周袋</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">附着丧失</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38	牙龈出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	牙石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	牙周袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	附着丧失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38																																																																										
牙龈出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
牙石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
牙周袋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
附着丧失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
<p><b>牙龈出血</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%;">无</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%;">不作记录</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>有</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td>缺失牙</td> </tr> </table> <p><b>牙周袋</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">无</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>牙周袋 4-5mm (龈缘在第一个黑区内)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>牙周袋 ≥6mm (龈缘超过第一个黑区的上限)</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>不作记录</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>缺失牙</td> </tr> </table>	0	无	9	不作记录	1	有	X	缺失牙	0	无	1	牙周袋 4-5mm (龈缘在第一个黑区内)	2	牙周袋 ≥6mm (龈缘超过第一个黑区的上限)	9	不作记录	X	缺失牙	<p><b>牙石</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">0</td> <td style="width: 10%;">探诊后没有牙石</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">9</td> <td style="width: 10%;">不作记录</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>探诊后有牙石</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td>缺失牙</td> </tr> </table> <p><b>牙周附着丧失</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0-3mm</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>4-5mm (釉牙骨质界在第一个黑区内)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>6-8mm (釉牙骨质界在两个黑区之间)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9-11mm (釉牙骨质界在第二个黑区内)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>≥12mm (釉牙骨质界超过第二个黑区的上限)</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>不作记录</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>缺失牙</td> </tr> </table>	0	探诊后没有牙石	9	不作记录	1	探诊后有牙石	X	缺失牙	0	0-3mm	1	4-5mm (釉牙骨质界在第一个黑区内)	2	6-8mm (釉牙骨质界在两个黑区之间)	3	9-11mm (釉牙骨质界在第二个黑区内)	4	≥12mm (釉牙骨质界超过第二个黑区的上限)	9	不作记录	X	缺失牙																																																		
0	无	9	不作记录																																																																																								
1	有	X	缺失牙																																																																																								
0	无																																																																																										
1	牙周袋 4-5mm (龈缘在第一个黑区内)																																																																																										
2	牙周袋 ≥6mm (龈缘超过第一个黑区的上限)																																																																																										
9	不作记录																																																																																										
X	缺失牙																																																																																										
0	探诊后没有牙石	9	不作记录																																																																																								
1	探诊后有牙石	X	缺失牙																																																																																								
0	0-3mm																																																																																										
1	4-5mm (釉牙骨质界在第一个黑区内)																																																																																										
2	6-8mm (釉牙骨质界在两个黑区之间)																																																																																										
3	9-11mm (釉牙骨质界在第二个黑区内)																																																																																										
4	≥12mm (釉牙骨质界超过第二个黑区的上限)																																																																																										
9	不作记录																																																																																										
X	缺失牙																																																																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>义齿修复状况</b></td> <td style="width: 30%; text-align: center;"><b>记录</b></td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>种植义齿</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="6" style="vertical-align: top; padding-left: 20px;">                     0=无上述状况 1=有上述状况                 </td> </tr> <tr> <td>固定义齿</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>可摘局部义齿</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>全口义齿</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>非正规义齿</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>有缺失未修复</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<b>义齿修复状况</b>	<b>记录</b>		种植义齿	<input type="checkbox"/>	0=无上述状况 1=有上述状况	固定义齿	<input type="checkbox"/>	可摘局部义齿	<input type="checkbox"/>	全口义齿	<input type="checkbox"/>	非正规义齿	<input type="checkbox"/>	有缺失未修复	<input type="checkbox"/>																																																																										
<b>义齿修复状况</b>	<b>记录</b>																																																																																										
种植义齿	<input type="checkbox"/>	0=无上述状况 1=有上述状况																																																																																									
固定义齿	<input type="checkbox"/>																																																																																										
可摘局部义齿	<input type="checkbox"/>																																																																																										
全口义齿	<input type="checkbox"/>																																																																																										
非正规义齿	<input type="checkbox"/>																																																																																										
有缺失未修复	<input type="checkbox"/>																																																																																										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>需要立即处理和安排治疗的情况说明</b></td> <td style="width: 50%;"><b>表格类型</b></td> </tr> <tr> <td>有=1 <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></td> <td>原始表=1 <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>无=0</td> <td>复查表=2</td> </tr> </table>		<b>需要立即处理和安排治疗的情况说明</b>	<b>表格类型</b>	有=1 <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/>	原始表=1 <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/>	无=0	复查表=2																																																																																				
<b>需要立即处理和安排治疗的情况说明</b>	<b>表格类型</b>																																																																																										
有=1 <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/>	原始表=1 <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/>																																																																																										
无=0	复查表=2																																																																																										



9. 您孩子刷牙时用牙膏吗？（只选一个答案）  
1) 是 2) 否 3) 不知道
10. 您孩子刷牙时用含氟牙膏吗？（只选一个答案）  
1) 是 2) 否 3) 不知道
11. 在过去的 12 个月内，您孩子是否有过牙痛或不适？（只选一个答案）  
1) 从来没有 2) 有时候有 3) 经常有 4) 不清楚
12. 您孩子去医院看过牙吗？（只选一个答案）  
1) 看过 2) 从来没看过（选 2 项者不回答第 14 至 17 题）
13. 您孩子最近一次去医院看牙距离现在多长时间？（只选一个答案）  
1) 6 个月以内 2) 6 个月至 12 个月（选 1 或 2 项者不回答第 18 题）  
3) 12 个月以上（选 3 项者不回答第 15 至 17 题）
14. 您孩子最近一次去医院看牙的主要原因是什么？（只选一个答案）  
1) 咨询检查 2) 预防 3) 治疗 4) 不知道
15. 您对以下说法的看法如何？（每小题选一个答案）
- |                         | 1                        | 2                        | 8                        | 9                        |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | 同意                       | 不同意                      | 无所谓                      | 不知道                      |
| 1) 口腔健康对自己的生活很重要        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 定期口腔检查是十分必要的         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 牙齿的好坏是天生的，与自己的保护关系不大 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 预防牙病首先靠自己            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 保护孩子六龄牙很重要           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 母亲牙齿不好会影响孩子的牙齿       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
16. 您认为下面的说法是否正确？（每小题选一个答案）
- |                 | 1                        | 2                        | 8                        |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                 | 正确                       | 不正确                      | 不知道                      |
| 1) 刷牙时牙龈出血是正常的  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 细菌可以引起牙龈发炎   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 刷牙对预防牙龈出血没有用 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 细菌可以引起龋齿     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 吃糖可以导致龋齿     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 乳牙坏了不用治疗     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) 窝沟封闭能预防儿童龋齿  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) 氟化物对保护牙齿没有用  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

表 D. 2 口腔健康调查问卷（学生版）

被调查者 ID 号:

学校: \_\_\_\_\_ 年级: \_\_\_\_\_ 班级: \_\_\_\_\_ 被调查者姓名: \_\_\_\_\_

调查日期: 20 年月日 调查员姓名: \_\_\_\_\_

同学们:

你们好! 为进一步做好儿童、青少年的口腔保健工作, 我们很想知道你对口腔保健的想法和做法, 本调查与你们的学习成绩无关, 调查结果也不会告诉家长和老师。希望你们按题目的要求如实回答。谢谢!

**要求: 请在选择题相应选项前面的“□”内划“√”。**

- 你是独生子女吗? (只选一个答案)
  - 是
  - 不是
- 你刷牙吗? (只选一个答案)
  - 刷牙
  - 偶尔刷或从不刷
- 你每天刷几次牙? (只选一个答案)
  - 每天刷 2 次及以上
  - 每天刷 1 次
  - 不是每天刷
- 你刷牙时用牙膏吗? (只选一个答案)
  - 是
  - 否
  - 不知道
- 你刷牙时用含氟牙膏吗? (只选一个答案)
  - 是
  - 否
  - 不知道
- 你使用牙线吗? (只选一个答案)
  - 不用
  - 偶尔用
  - 每周用
  - 每天用
- 你平时进食以下食品或饮料的情况如何? (每小题选一个答案)
 

	6	5	4	3	2	
	1					
	每天	每天	每周	每周	每月	很少/
	≥2 次	1 次	2-6 次	1 次	1-3 次	从
	不					

  - 甜点心 (饼干、蛋糕、面包) 及糖果 (巧克力、含糖口香糖)
 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
  - 甜饮料 (糖水、可乐等碳酸饮料, 橙

- 汁、苹果汁等果汁、柠檬水等非鲜榨
- 果汁)
- 3) 加糖的牛奶、酸奶、奶粉、茶、豆浆、  
咖啡

8. 你抽烟吗？（只选一个答案）

- 1)  每天抽 2)  每周抽 3)  很少或曾经抽 4)  从不抽

9. 你的牙齿碰伤或摔伤过吗？（只选一个答案）

- 1)  伤过 2)  没伤过 3)  记不清

10. 你的牙齿是在什么地方受的伤？（可选多个答案）

- 1)  在校园内 2)  在校园外

11. 你认为下面的说法是否正确？（每小题选一个答案）

- |                  | 1                        | 2                        | 8                        |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  | 正确                       | 不正确                      | 不知道                      |
| 1) 刷牙时牙龈出血是正常的   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 细菌可以引起牙龈发炎    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 刷牙对预防牙龈发炎没有用  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 细菌可以引起龋齿      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 吃糖可以导致龋齿      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 氟化物对保护牙齿没有用   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) 窝沟封闭可保护牙齿     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) 口腔疾病可能会影响全身健康 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. 你对以下说法的看法如何？（每小题选一个答案）

- |                             | 1                        | 2                        | 8                        | 9                        |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                             | 同意                       | 不同意                      | 无所谓                      | 不知道                      |
| 1) 口腔健康对自己的生活很重要            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 定期口腔检查是十分必要的             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 牙齿的好坏是天生的，与自己的保<br>护关系不大 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 预防牙病首先靠自己                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. 上学期，你在学校上过几次有口腔保健内容的课？\_\_\_\_\_次（请填写一个整数，不知道或拒绝回答的填写“N”）



8. 您使用牙膏刷牙吗？（只选一个答案）  
1) 是 2) 否 3) 不知道
9. 您使用含氟牙膏刷牙吗？（只选一个答案）  
1) 是 2) 否 3) 不知道
10. 您看过牙吗？（只选一个答案）  
1) 看过 2) 从没看过牙（选 2 项者不回答第 11 至 15 题）
11. 您最近一次看牙距现在多长时间？（只选一个答案）  
1) 6 个月以内 2) 6 个月至 12 个月（选 1 或 2 项者不回答第 16 题）  
3) 12 个月以上（选 3 项者不回答第 12 至 15 题）
12. 您最近一次看牙的主要原因是什么？（只选一个答案）  
1) 咨询检查 2) 预防 3) 治疗 4) 不知道
13. 您对以下说法的看法如何？（每小题选一个答案）
- |                         | 1                        | 2                        | 8                        | 9                        |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | 同意                       | 不同意                      | 无所谓                      | 不知道                      |
| 1) 口腔健康对自己的生活很重要        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 定期口腔检查是十分必要的         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 牙齿的好坏是天生的，与自己的保护关系不大 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 预防牙病首先靠自己            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
14. 你认为下面的说法是否正确？（每小题选一个答案）
- |                  | 1                        | 2                        | 8                        |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                  | 正确                       | 不正确                      | 不知道                      |
| 1) 刷牙时牙龈出血是正常的   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 细菌可以引起牙龈发炎    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) 刷牙对预防牙龈出血没有用  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 细菌可以引起龋齿      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 吃糖可以导致龋齿      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 氟化物对保护牙齿没有用   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) 窝沟封闭可保护牙齿     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) 口腔疾病可能会影响全身健康 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

附录 E  
(规范性)  
口腔健康服务活动记录

表E.1 口腔健康服务活动记录表（口腔诊疗和预防干预）

服务时间	服务机构	服务人员	口腔健康问题或 疾病诊断	服务内容	医学报告

## 参考文献

- [1] WS 365-2011 城乡居民健康档案基本数据集.
- [2] WS/T 483.1-2016健康档案共享文档规范 第1部分：个人基本健康信息登记.
- [3] WS/T 483.4-2016健康档案共享文档规范 第4部分：儿童健康体检.
- [4] WS/T472-2015口腔健康调查 检查方法.
- [5] 国家基本公共卫生服务规范（第三版），居民健康档案管理服务规范.
- [6] 关于印发居民电子健康档案首页基本内容（试行）的通知（国卫办基层发〔2024〕15号）：居民电子健康档案首页基本内容（试行）.
- [7] WS/T 472-2015 口腔健康调查检查方法.
- [8] 上海市社区卫生服务中心标准化口腔诊室建设指导标准.
- [9] 孙正，陈博文. 社区口腔卫生服务技术规范：2012版[M]. 人民卫生出版社，2012年.
- [10] Evaluation of community based oral health promotion and oral disease prevention: report of a workshop convened at WHO headquarters, Geneva, Switzerland, 19-20 June 2003[J]. Who Oral Health Programme, 2004.
- [11] Densie D G .Global, Regional, and National Levels and Trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study [J]. 2020.
-