



日歯発第 1254 号
平成 24 年 11 月 1 日
(総務課扱い)

都道府県歯科医師会会長 各位

社団法人 日本歯科医師会
会長 大久保 満男



デンタルチャート（死後記録）および照合結果報告書等の統一について

平素より本会会務の運営にあたりましては特段のご高配を賜わり厚く御礼申し上げます。

さて、東日本大震災においては、被災県歯科医師会の会員および全国の都道府県歯科医師会から派遣された会員が中心となり、8,719 体にも及ぶご遺体の歯科所見を採取し、身元確認にあたりました。

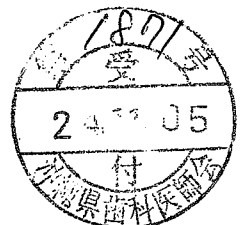
今回の活動で浮き彫りになった課題の一つに、被災地において死後記録の様式等が統一できていなかったことがあります。かつて、平成 14 年と 20 年に統一の動きがありましたが、全ての都道府県に普及されていない状況から、本会では実際に出動された方々のご意見を踏まえ、災害時対策・警察歯科総合検討会議において 1 年半にわたり、改めて統一に向けた検討を進めてまいりました。

その結果、警察庁および日本法歯科医学会等とも確認の上、すでに多くの県が採用している日歯デンタルチャートに修正を加え、改めて周知することが望ましいとの結論を得、今般、別添の通りデンタルチャート（死後記録）および照合結果報告書等を作成いたしました。

本会といたしましては、本年 11 月から開催する「全国 7 地区日本歯科医師会 平成 24 年度 災害コーディネーター研修会」および全国都道府県歯科医師会専務理事連絡協議会等、あらゆる場を通じて全国統一版の周知に努めてまいります。貴会におかれましては、各都道府県警察および郡市区歯科医師会等との連携の上で、普及・啓発に努めていただきますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

〈別添〉・デンタルチャート（死後記録用紙）

- ・デンタルチャート記入例
- ・デンタルチャート記入例（現場で時間的制約がある場合）
- ・照合結果報告書
- ・照合結果報告書記入例
- ・歯科所見の名称（略号を含む）
- ・用語・略号の記載例



デンタルチャート (死後記録)

遺体番号	検査場所	検査日時	年	月	日	時	分
遺体状況 <input type="checkbox"/> 上下顎有り <input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> その他		資料採取 <input type="checkbox"/> 口腔写真 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 歯列模型	住所:		TEL ()		
			住所:		TEL ()		
			立会い警察官名:				

右上

_____ 1]

_____ 2]

_____ 3]

_____ 4]

_____ 5]

_____ 6]

_____ 7]

_____ 8]

1] _____ 左上

2] _____

3] _____

4] _____

5] _____

6] _____

7] _____

8] _____

_____ 8]

_____ 7]

_____ 6]

_____ 5]

_____ 4]

_____ 3]

_____ 2]

_____ 1]

右下

8] _____

7] _____

6] _____

5] _____

4] _____

3] _____

2] _____

1] _____ 左下

位置、歯数異常(部)	形態異常 (部位)	咬合関係	写真撮影	X線写真撮影
<input type="checkbox"/> 埋伏歯 () <input type="checkbox"/> 転位歯 () <input type="checkbox"/> 傾斜歯 () <input type="checkbox"/> 過剰歯 () <input type="checkbox"/> 捻転歯 () <input type="checkbox"/> 歯間離開 () <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 彎曲歯 () <input type="checkbox"/> 癒合歯 () <input type="checkbox"/> 矮小歯 () <input type="checkbox"/> 円錐歯 () <input type="checkbox"/> 発育不全() <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 上顎前突 <input type="checkbox"/> 過蓋咬合 <input type="checkbox"/> 切端咬合 <input type="checkbox"/> 反対咬合 <input type="checkbox"/> 交差咬合 (左右) <input type="checkbox"/> その他・不明 <input type="checkbox"/> 正常咬合	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 整理番号()	パノラマ写真 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 整理番号() デンタル写真 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 整理番号() 撮影部位 計 枚 87654321 12345678 87654321 12345678

特記事項

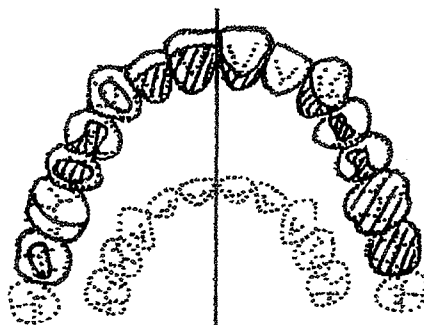
推定年齢 _____ 才

記入例

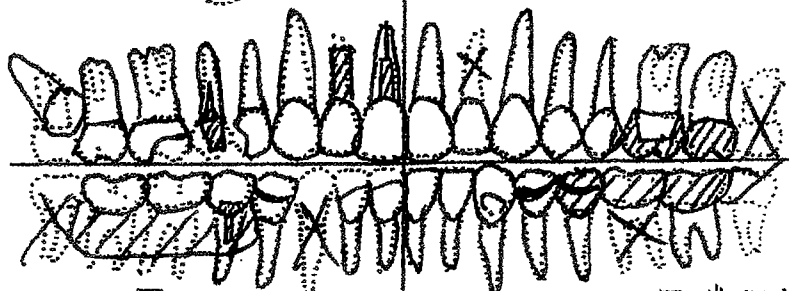
デンタルチャート (死後記録)

遺体番号	検査場所	検査日時 ○○年○○月○○日○○時○○分		
遺体状況 <input checked="" type="checkbox"/> 上下顎有り <input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> その他	○X体育館	資料採取 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔写真 <input checked="" type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 歯列模型	住所: ○○○市○○町○○○番地 歯科医師名 ○○○○ TEL○○○(○○○)○○○○	住所: ○○市○○町○○○番地 歯科医師名 ○○○○ TEL○○○(○○○)○○○○ 立会い警察官名: ○○○○

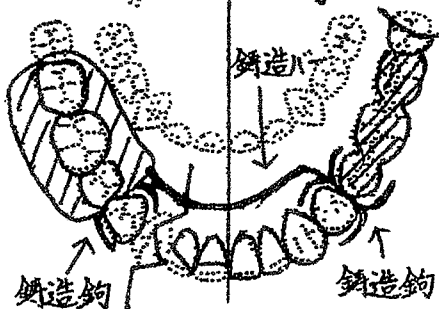
- 右上
- レジン前装焼付冠(銀色)根1
 - レジン前装焼付冠(インプラント)2
 - 仮封材(白色) 3
 - インレー窩洞(OD) 4
 - 支台築造(銀色) 5
 - C3 6
 - C2 7
 - 埋伏歯 8



- 11 金属焼付陶材冠 左上 } Br.
- 12 欠損(ホテック)金属焼付陶材冠
- 13 金属焼付陶材冠
- 14 アマルガム充填(O)頬側転位
- 15 インレー(OD 銀色)
- 16 4/5冠(銀色)
- 17 全部焼付冠(銀色)
- 18 欠損



- 右下
- 欠損 8
 - 欠損(義歯・レジン歯) 7
 - 欠損(義歯・レジン歯) 6
 - 根面板(義歯・レジン歯) 5
 - 健全歯 4
 - 欠損(死後脱落) 3
 - 歯牙破折 2
 - 歯牙破折 1



- 18 半埋伏歯
- 17 全部焼付冠(金色) } Br.
- 16 欠損(ホテック)(金色)
- 15 全部焼付冠(金色)
- 14 健全歯
- 13 レジン充填(ML・B)
- 12 健全歯
- 11 健全歯 左下

位置、歯数異常(部)	形態異常 (部位)	咬合関係	写真撮影	X線写真撮影
<input checked="" type="checkbox"/> 埋伏歯 (8+8) <input checked="" type="checkbox"/> 転位歯 (14) <input type="checkbox"/> 傾斜歯 () <input type="checkbox"/> 過剰歯 () <input type="checkbox"/> 捻転歯 () <input type="checkbox"/> 歯間離開 () <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 彎曲歯 () <input type="checkbox"/> 癒合歯 () <input type="checkbox"/> 矮小歯 () <input type="checkbox"/> 円錐歯 () <input type="checkbox"/> 発育不全() <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 上顎前突 <input type="checkbox"/> 過蓋咬合 <input type="checkbox"/> 切端咬合 <input type="checkbox"/> 反対咬合 <input type="checkbox"/> 交差咬合 (左右) <input type="checkbox"/> その他・不明 <input checked="" type="checkbox"/> 正常咬合	<input checked="" type="checkbox"/> 有 5枚 <input type="checkbox"/> 無 整理番号()	パノラマ写真 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 整理番号() デンタル写真 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 整理番号() 撮影部位 計 10 枚 87654321 02046678 87654320 02046679

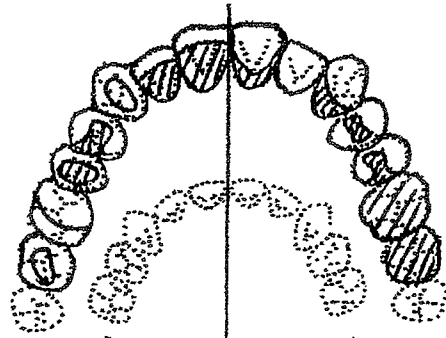
特記事項

- ・下顎骨骨折が認められる
 - ・21は歯冠中央部より破折している
 - ・3は脱落し歯槽窩が認められる
 - ・5は残根上義歯で根面板が装着されている
 - ・2はスクウェアタイプインプラントが埋入されており、レジン前装焼付冠が装着されている
 - ・3は仮封材が認められ、治療中と思われる
 - ・54は修復物の脱落と思われる
 - ・8は埋伏している
 - ・4は頬側に転位している
- 推定年齢 ○○～○○才

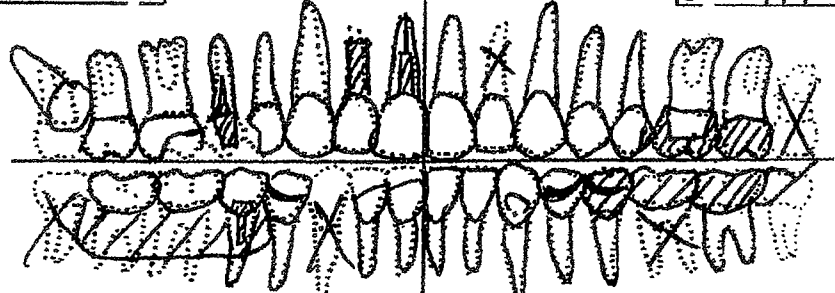
デンタルチャート (死後記録) 記入例 (現場で時間的制約がある場合)

遺体番号	検査場所	検査日時 ○○年 ○○月 ○○日 ○○時 ○○分	
遺体状況 <input checked="" type="checkbox"/> 上下顎有り <input type="checkbox"/> 上顎のみ <input type="checkbox"/> 下顎のみ <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> その他	○X 体育館	資料採取 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔写真 <input checked="" type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 歯列模型	住所: ○○○市○○町○○○番地 歯科医師名 ○○○○ TEL○○○(○○○)○○○○ 住所: ○○市○○町○○○番地 歯科医師名 ○○○○ TEL○○○(○○○)○○○○ 立会い警察官名: ○○○○

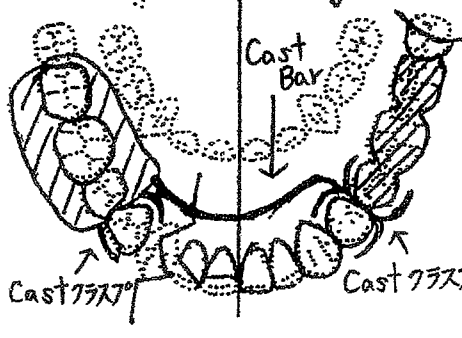
- 右上
- 前装MC 1
 - 前装MC 2
 - 仮封 3
 - インレー窩洞(OD) 4
 - M コアー 5
 - C₃ 6
 - C₂ 7
 - RT 8



- 左上
- ①
 - ② } MB Br.
 - ③ } MB Br.
 - ④ AF (o)
 - ⑤ In (OD)
 - ⑥ 4/5 Cro
 - ⑦ FMC
 - ⑧ MT



- PD
- MT 8
 - レジン歯 7
 - 根面板 6
 - N 5
 - 死後脱落 4
 - ハセツ 3
 - ハセツ 2
 - ハセツ 1



- 右下
- 8 HRT
 - 7
 - 6 } G・FMC Br.
 - 5 } G・FMC Br.
 - 4 N
 - 3 RF (ML・B)
 - 2 N
 - 1 N
- 左下

位置、歯数異常(部)	形態異常 (部位)	咬合関係	写真撮影	X線写真撮影
<input checked="" type="checkbox"/> 埋伏歯 (2 8) <input checked="" type="checkbox"/> 転位歯 (— 4) <input type="checkbox"/> 傾斜歯 () <input type="checkbox"/> 過剰歯 () <input type="checkbox"/> 捻転歯 () <input type="checkbox"/> 歯間離開 () <input type="checkbox"/> その他 (8 4)	<input type="checkbox"/> 彎曲歯 () <input type="checkbox"/> 癒合歯 () <input type="checkbox"/> 矮小歯 () <input type="checkbox"/> 円錐歯 () <input type="checkbox"/> 発育不全 () <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 上顎前突 <input type="checkbox"/> 過蓋咬合 <input type="checkbox"/> 切端咬合 <input type="checkbox"/> 反対咬合 <input type="checkbox"/> 交差咬合 (左右) <input type="checkbox"/> その他・不明 <input checked="" type="checkbox"/> 正常咬合	<input checked="" type="checkbox"/> 有 5枚 <input type="checkbox"/> 無 整理番号()	パノラマ写真 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 整理番号() デンタル写真 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 整理番号() 撮影部位 計 10 枚 87654321 12345678 87654321 12345678

特記事項

- ・ 下顎骨折 3 | 死後脱落
- ・ 765 | PD Cast Bar Cast クラスプ
- ・ 2 | スクリューインプラント
- ・ 3 | 治療中?

推定年齢 _____ 才

遺体番号

照合結果報告書

遺体番号 _____ の死後記録と該当者 _____ の歯科所見による生前記録を照合した結果は以下の通りである。

資料提供者名 _____

資料の種類：カルテ・X線写真（デンタル・パノラマ）・口腔内写真・その他（ _____ ）

右側			
歯式	死後記録	生前記録	判定
1 (A)			
2 (B)			
3 (C)			
4 (D)			
5 (E)			
6			
7			
8			
8			
7			
6			
5 (E)			
4 (D)			
3 (C)			
2 (B)			
1 (A)			

左側			
歯式	死後記録	生前記録	判定
1 (A)			
2 (B)			
3 (C)			
4 (D)			
5 (E)			
6			
7			
8			
8			
7			
6			
5 (E)			
4 (D)			
3 (C)			
2 (B)			
1 (A)			

確認した歯式欄の歯に○を、判定欄の枠内に、判定印（○・△・×・－）を記入してください。

照合結果（判定の集計）

○印	一致する		箇所
△印	矛盾しない不一致		箇所
×印	矛盾する不一致		箇所
－印	判定不能		箇所

特記事項

結論 _____

年 月 日

歯科医師 住所 _____

住所 _____



遺体番号

牛込 508

照合結果報告書

記入例

遺体番号 牛込 508 の死後記録と該当者 日蓮太郎 の歯科所見による生前記録を照合した結果は以下の通りである。

資料提供者名 牛込 次郎 (静岡県・静岡市、牛込 歯科医院)

資料の種類: カルテ・X線写真(デンタル・パノラマ)・口腔内写真・その他()

右側				左側			
歯式	死後記録	生前記録	判定	歯式	死後記録	生前記録	判定
11(A)	レジ前装鑲造冠	レジ前装冠(110)	○	11(A)	金属焼付陶材冠	金属焼付陶材冠	○
21(B)	レジ前装鑲造冠(5ヶ所)	レジ前装冠	○	12(B)	ポニテック(11)	Brポニテック	△○
31(C)	仮封材(白)	C ₂	△	13(C)	金属焼付陶材冠	金属焼付陶材冠	○
41(D)	インレー(OD)	インレー(OD, 110)	△	14(D)	アマルガム充填(0)	アマルガム充填(0)	○
51(E)	支台築造(銀色)	全部鑲造冠(110)	△	15(E)	インレー(OD銀色)	C ₂	△
61	C ₃	C ₂	○	16	4/5冠(銀色)	4/5冠	○
71	C ₂	C ₁	○	17	全部鑲造冠(銀色)	支台築造	△
81	埋伏歯	記載なし	-	18	欠損	欠損	○
91	欠損	記載なし	-	18	半埋伏歯	記載なし	-
71	欠損(義歯レジ歯)	C ₄	△	17	全部鑲造冠(金色)	全部鑲造冠(ジュエル)	○
61	欠損(義歯レジ歯)	C ₄	△	16	欠損(ポニテック)(金色)	Br 欠損(ポニテック)	△○
51(F)	根面板(義歯レジ歯)	根面板	○	15(F)	全部鑲造冠(銀色)	全部鑲造冠(ジュエル)	○
41(G)	健全歯	健全歯	○	14(G)	健全歯	健全歯	○
31(H)	欠損(死後脱落)	健全歯	△	13(H)	レジ充填(ML-B)	健全歯	△
21(I)	歯牙破折	健全歯	○	12(I)	健全歯	健全歯	○
11(J)	歯牙破折	健全歯	○	11(J)	健全歯	健全歯	○

確認した歯式欄の歯に○を、判定欄の枠内に、判定印(○・△・×・-)を記入してください。

照合結果(判定の集計)

○印	一致する	20	箇所
△印	矛盾しない不一致	9	箇所
×印	矛盾する不一致	0	箇所
-印	判定不能	3	箇所

特記事項

生前カルテの最終来院日は平成21年10月28日
又、東京へ単身赴任による中断記載があった。
18欠損について、周部の枝歯によるものとの記載があった。

結論 死後と生前情報の20箇所(内治療痕12箇所)が一致しており、又生前情報カルテが3年前であることから、不一致の9箇所についてもその後の治療や外力等による脱落、疾病進行が容易に推測でき予盾しないことから同一人として予盾しない。

年 月 日

歯科医師 住所 _____

住所 _____

＜齒科所見の名称(略号を含む)＞①

死後記録用紙への処置内容の記入に際し、現場で時間的な制約がある場合には()内の略号を使用してくださいが、原則として保険用語(学術用語)を使用して下さい。

＜齒の状態＞

○形態

- ・治療痕なし
- ・健全齒(N)
- ・C
- ・咬耗(Att)
- ・磨耗(Abh)
- ・楔状欠損(WSD)
- ・結節(切齒・中心・カラベリ・臼旁・臼後)
- ・残存齒
- ・巨大齒
- ・矮小齒
- ・円錐齒
- ・癒合齒
- ・癒着齒
- ・エナメル質形成不全(EHp)
- ・齒牙破折(FrT)

○位置

- ・捻転
- ・転位
- ・傾斜
- ・叢生
- ・埋伏(水平・完全・半)
- ・齒間離開

＜歯科所見の名称(略号を含む)＞②

○処置

- ・歯間修復
充填
- アマルガム充填(AF)
- セメント充填 (CF)
- レジン充填 (RF)
- グラスアイオノマー充填(GCF)
- 予防填塞(シーラント)
- インレー(In)
- 3/4冠(3/4 Cro)
- 4/5冠(4/5 Cro)
- 全部金属冠(FMC)
- 帯環金属冠
- 嚼面圧印冠
- 嚼面充実冠(PK)
- 嚼面鑄造冠(CCK)
- 開面金属冠
- ジャケット冠(JC)
- レジン前装金属冠(前装MC)
- 金属焼付陶材冠(MB)
- 支台築造(コア 金属支台の場合Mコア)
- 継続歯(PC)
- 暫間被覆冠(TeC)
- 連結
- コーヌス冠
- ・欠損(MT)
- ブリッジ(Br)
- ポンテック(Pon)
- ・有床義歯
- 総義歯(FD)
- 局部義歯(PD)
- 人工歯
- レジン歯
- 陶歯
- 金属歯
- 維持・連結装置
- 鑄造鉤
- バー(Bar 鑄造バーの場合 Cast Bar)
- 補強線
- フック
- スパー
- アタッチメント
- レジン床義歯
- 金属床義歯
- ・インプラント
- スクルータイプ
- ブレードタイプ
- シリンドータイプ

＜齒科所見の名称(略号を含む)＞③

●色調

金色
銀色
齒牙色
黒色

●部位

咬合面 (O)
唇(頬)側面 (B)
口蓋面 (P)
舌側面 (L)
近心面 (M)
遠心面 (D)

＜齒列咬合の状態＞

○形態

・狭窄齒列弓
・V字齒列弓
・鞍上齒列弓
・空隙齒列弓

○咬合關係

・開咬
・切端咬合
・反対咬合
・過蓋咬合
・交叉咬合
・上・下顎前突

＜歯科所見の名称(略号を含む)＞④

＜軟組織の状態＞

- 歯肉退縮
- 歯肉肥厚
- 色素沈着

- 口唇裂
- 手術痕



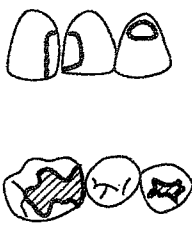
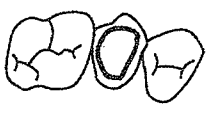
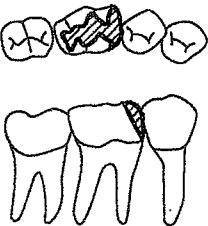
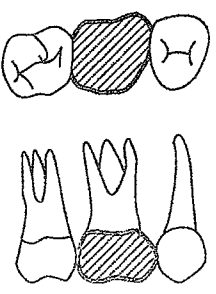
＜その他＞

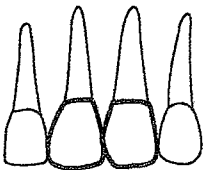
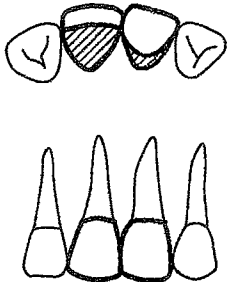
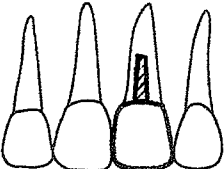
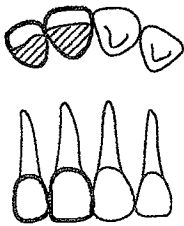
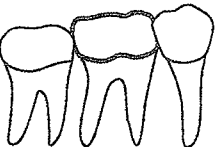
- 歯根嚢胞
- 外歯瘻・内歯瘻
- 脱落
- 口蓋裂
- 暫間固定(Tfix)

- 骨折
- 骨隆起
- 歯石沈着
- ピンク歯
- 変色歯

- 矯正装置
- 唇側矯正装置
- 舌側矯正装置
- 床矯正装置

用語、略号の記載例

種 目	記録例	備 考	記載用語(略号)例など
健 全 歯		歯冠・歯根を実線で記入する(エックス線写真により歯根外形が判明した場合は実線で図示する)。	健全歯(N)。 必ずしも「健全」と言いきれない場合には「治療痕なし」、「残存歯」といった表記が良い。
う 蝕		う蝕部位を実線で囲む。	C
充 填 物		アマルガム充填は斜線、その他の歯冠色充填物は実線で図示し修復面も記入する。修復歯面も記入する。	レジン充填 [1] RF(DB) [2] RF(MB) [3] RF(B) アマルガム充填 [4] AF(O) [6] AF(MO)
仮 封 材		実線で図示する。	仮封材
イ ン レ ー		歯冠色部分は実線で記入し、金属部分は斜線で図示する。修復歯面や色も記入する。	インレー(In(MO・金色))
全 部 鑄 造 冠		金属部分を斜線で記入する。色も記入する。	全部鑄造冠(FMC銀色)

種 目	記録例	備 考	記載用語(略号)例など
ジャケット冠		歯冠色部分は実線で記入する。	ジャケット冠(JC) レジンジャケット冠 (RJC、HJC) ポーセレンジャケット冠 (ポーセレンJC)
金属焼付陶材冠		歯冠色部分は実線で図示し、金属部分は斜線で記入する。色も記入する。	金属焼付陶材冠(MB)
継 続 歯		歯冠色部分は実線で記入し、金属部分は斜線で記入する。色も記入する。	継続歯(PC) レジン継続歯(レジンPC) ポーセレン継続歯 (ポーセレンPC)
前装鑄造冠		歯冠色部分は実線で記入し、金属部分は斜線で記入する。色も記入する。	レジン前装鑄造冠 (前装MC)
暫間被覆冠		歯冠色部分は実線で記入する。	暫間被覆冠(TeC)

種 目	記録例	備 考	記載用語(略号)例など
支 台 築 造		<p>金属部分は斜線で図示し、レジンは実線で記入する。ピンや根充填があれば黒で記入する。</p>	<p>支台築造 (コア 金属支台の場合はMコア)</p>
ブ リ ッ ジ		<p>歯冠色部分は実線で記入し、金属部分は斜線で図示する。欠損部位は「ポンティック」とし、色も記入する。</p>	<p>ブリッジ (Br)</p>
インプラント		<p>金属部分は斜線で図示する。種類が判明すれば記入し、上部構造も記入する。</p>	<p>インプラント</p>
有 床 義 歯		<p>床外形を実線で記入し、レジン床は斜線で、歯冠色人工歯は実線で、金属人工歯は斜線で塗りつぶす。クラスプ・バー・アタッチメントなどの金属部分は黒く塗りつぶす。欠損部位は「欠損」とし、種類が判明すれば「レジン歯」「金属歯」と記入する。</p>	<p>欠損(義歯・レジン歯) (MT)</p>

多数の身元不明死体が収容された場合、統一された標準用語で記入するよう検査にあたる歯科医師へ事前のオリエンテーションが必要である。