

歯科健診補助金申出書

被保険者証の 記号・番号	—		申出年月日	令和	年	月	日
フリガナ		連絡先	() —				
被保険者氏名							
フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和				
受診者氏名							
問診 (該当する番号を○で囲ってください)							
①	最近1年以内に歯科健診・歯科治療を受けましたか	1.はい		2.いいえ			
②	定期的に歯科健診を受けていますか	1.はい		2.いいえ			
③	歯がぐらついたり、歯肉から血や膿が出ることがありますか	1.はい		2.いいえ			
④	歯磨きは1日に2回以上しますか	1.はい		2.いいえ			
⑤	歯間ブラシ・フロス等を使用しますか	1.はい		2.いいえ			
⑥	喫煙の習慣はありますか	1.はい		2.いいえ			
⑦	全身の状態であてはまるものをお答えください (複数回答可) 1.異常無し 2.糖尿病 3.脳血管障害 4.心疾患 5.肥満症 6.その他 ()	1	2	3	4	5	6
⑧	その他、気になることがあれば記入してください ()						

★ 注意事項 ★

- 1 保険証を使って健診を受けると補助対象外になることがありますので、ご注意ください。
- 2 すべての枠 に記入してください。
- 3 裏面 (歯科健診結果票) は、歯科医院で記入してもらってください。
- 4 この申出書は、**領収書の原本**と併せて、**お勤めの事業所**へ提出してください。

※ 健診結果は、受診者の健康管理と当健康保険組合の統計資料等疾病予防事業に活用させていただき、プライバシーの保護には万全を期し、目的以外には使用いたしません。ご理解いただきますようお願い申し上げます。

歯科医院のみなさまへ

当健康保険組合では、被保険者・被扶養者を対象に、歯科健診にかかる補助事業を実施しています。被保険者・被扶養者から受診の申し出がありましたら、歯科健診の実施、また以下の歯科健診結果票をご記入いただきますようお願いいたします。

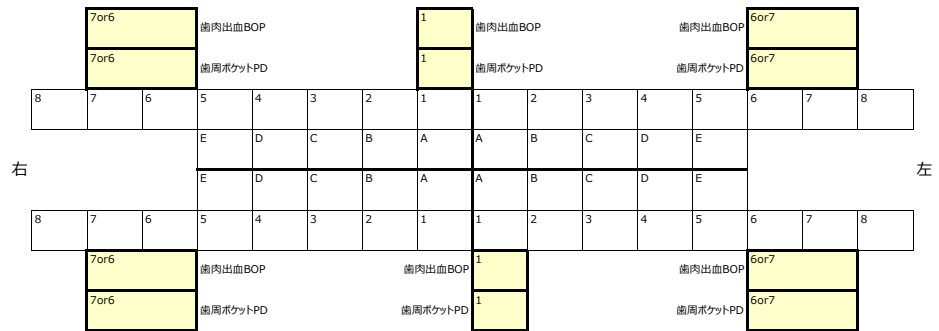
健診結果につきましては、当健康保険組合の疾病予防事業に活用するため、ご協力いただきますようお願いいたします。

歯科健診結果票

フリガナ		健診日	令和	年	月	日
受診者氏名						

【Ⅰ.歯と歯肉の状態】

/ : 健全歯
 C : 未処置歯
 O : 処置歯
 △ : 要補綴歯
 ⊖ : 欠損補綴歯
 × : 補綴不要歯 (喪失歯に含まない)
 E : 酸蝕症 (疑い)



BOP 0 : 出血なし 1 : 出血あり 9 : 測定不能 × : 対象の歯がない
 PD 0 : 健全 1 : 浅いポケット 2 : 深いポケット 9 : 測定不能 × : 対象の歯がない

下枠に数字をご記入ください

口腔清掃状態	1.良好	2.普通	3.不良	
歯石の付着	1.なし	2.軽度 (点状) あり	3.中等度 (帯状) 以上あり	
その他	歯列咬合	1.所見なし	2.所見あり ()	
	顎関節	1.所見なし	2.所見あり ()	
	粘膜	1.所見なし	2.所見あり ()	
その他	1.所見なし	2.所見あり ()		

①健全歯 (/)	②未処置歯 (C)	③処置歯 (O)	現在歯 ①+②+③	要補綴歯 (△)	欠損補綴歯 (⊖)
本	本	本	本	本	本

CPI 最大値	歯肉出血 BOP	
	歯周ポケット PD	

【Ⅱ.総合判定】

1.異常なし CPI : 歯肉出血0かつ歯周ポケット0	2.要指導 <input type="checkbox"/> CPI : 歯肉出血1かつ歯周ポケット0 <input type="checkbox"/> 口腔清掃状態 : 不良 <input type="checkbox"/> 歯石の付着あり (軽度、中等度以上) <input type="checkbox"/> 生活習慣・基礎疾患 歯科受診状況 : 要指導	3.要精密検査 <input type="checkbox"/> CPI : 歯周ポケット1または2 <input type="checkbox"/> 未処置歯あり <input type="checkbox"/> 要補綴歯あり <input type="checkbox"/> 生活習慣や基礎疾患等さらに詳しい検査や治療が必要 <input type="checkbox"/> その他所見あり (更に詳しい検査や治療が必要な場合)	
--------------------------------	--	---	--

↑
※Ⅲ.総合判定で1~3の数字をご記入ください

【Ⅲ.健診当日の治療】

1.なし	2.あり	→	
------	------	---	--

歯科医院名	歯科医師名