

歯科健診補助金申出書

B-①

健康保険の 記号・番号	-	連絡先	()	※すべての枠 <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> に記入してください
フリガナ		フリガナ		昭和 平成 年 月 日 令和
被保険者氏名		受診者氏名		生年月日
治療中または、指摘されたことがある病気はありますか	1. ない 2. ある →	1. 糖尿病 2. 関節リウマチ 3. 脳梗塞（脳卒中） 4. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 5. 呼吸器疾患 6. その他（ ）		
タバコを吸っていますか（加熱式・電子式等を含む）	1. 吸っている 2. 吸っていない 3. 以前に吸っていた（ 年前まで）			
【女性の方のみお答えください】 現在、妊娠していますか（その可能性がある場合も含みます）	1. はい → 2. いいえ	（ 週目／出産予定日 年 月 日） 家族に喫煙者は 1. いる 2. いない		

1. 歯や口の中の状況等についてお伺いします。

			○をつけてください
20歳以上の方のみ回答してください	Q1 現在、ご自分の歯や口、あごの状態で気になることはありますか。	1. ない 2. ある	1・2
	【Q1で「2.ある」とお答えの方】 ① あてはまるものすべてに○をつけてください。（複数回答可）	1. 歯の状態・痛み 2. 外観 3. 発音 4. 口臭 5. 歯ぐきの状態・痛み 6. かみ具合 7. 口の渇き 8. あごの痛み 9. 歯ざしりや食いしばりなどの習癖 10. その他（ ）	1・2・3 4・5・6 7・8・9 10
	【上記質問で「5.歯ぐきの状態・痛み」とお答えの方】 ② あてはまるものすべてに○をつけてください。（複数回答可）	1. 痛みがある 2. 歯をみがくと血が出る 3. はれてプヨプヨする 4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がぐらぐらする	1・2・3 4・5
	Q2 自分は歯周病だと思いますか。	1. 思わない 2. 思う	1・2
	Q3 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなどが気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない	1・2・3
	Q4 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1. しみない 2. 時々しみる 3. いつもしみる	1・2・3
Q5 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. いいえ 2. はい	1・2	
Q6 お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. いいえ 2. はい	1・2	

2. 日頃の生活習慣等についてお伺いします。

			○をつけてください
全員回答	Q7 歯をみがく頻度はどのくらいですか。（歯が全くない人は回答不要です）	毎日みがく（ 1. 1回 2. 2回 3. 3回以上 ） 4. ときどきみがく 5. みがかない	1・2・3 4・5
	【Q7で「5.みがかない」以外をお答えの方】 Q8 歯をいつみがくのか、あてはまるものに○をつけてください。（複数回答可）	1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他	1・2・3 4・5
	Q9 歯間ブラシまたはフロス（糸ようじ）を使っていますか。	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ	1・2・3
	Q10 ゆっくりよくかんで食事をしますか。	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ	1・2・3

3. 歯科の健診（検診）や治療の状況等についてお伺いします。

			○をつけてください
全員回答	Q11 直近で歯科医院にいつ頃行きましたか。	1. 半年以内 2. 1年以内 3. 1年以上行っていない	1・2・3
	【Q11で「1.半年以内」または「2.1年以内」とお答えの方】 ① どのような目的で行きましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。（複数回答可）	1. 治療 2. 歯科健診 3. 予防（フッ化物塗布、歯の清掃など） 4. その他	1・2・3 4
	【Q11で「1.半年以内」または「2.1年以内」とお答えの方】 ② 歯周病の治療が必要といわれましたか。	1. はい 2. いいえ	1・2
	Q12 かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい 2. いいえ	1・2
Q13 ご自分の歯は何本ありますか。（入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。さし歯は含みます。）	1. 20本以上 2. 19本以下 3. わからない	1・2・3	

※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ます。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いたします。

【R8.1】

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

※ 枠に記入してください

フリガナ		健診日	令和	年	月	日
受診者氏名						

【歯と歯肉の状態】

7or6					1					6or7																																							
歯肉出血BOP					歯肉出血BOP					歯肉出血BOP																																							
7or6					1					6or7																																							
歯周ポケットPD					歯周ポケットPD					歯周ポケットPD																																							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																		
右					E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左																																		
E					D					C					B					A					A					B					C					D					E				
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																																		
7or6					1					6or7																																							
歯肉出血BOP					歯肉出血BOP					歯肉出血BOP																																							
7or6					1					6or7																																							
歯周ポケットPD					歯周ポケットPD					歯周ポケットPD																																							

【CPI最大値 記入欄】

歯肉出血	歯周ポケット
① 出血なし	① 4mm未満
② 出血あり	② 4~6mm未満
	③ 6mm以上
④ 除外歯	
⑤ 該当歯なし	

1.健全歯数	2.未処置歯数	3.未処置歯数	4.処置歯数	5.現在歯数	6.要補綴歯数	7.欠損補綴歯数	8.喪失歯数	9.DMF歯数
(/)	(C+R+RC)	(Cのみ)	(○)	(1+2+4)	(△)	(△)	(△+⊕)	(2+4+8)

審査結果	口腔清掃状態	1. 良好	2. 普通	3. 不良
	歯周病	1. 4mm未満	2. 4~6mm未満	3. 6mm以上
	むし歯	1. 所見なし	2. 未処置歯あり	
	欠損	1. 補綴の必要なし	2. 要補綴歯あり	
	歯石	1. 所見なし	2. 軽度(点状)	3. 中等度(帯状)
	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 ()	
	口腔粘膜(色調)	1. 所見なし	2. 所見あり ()	
	口腔粘膜(形状)	1. 所見なし	2. 所見あり ()	
	その他	1. 所見なし	2. 所見あり ()	

総合判定	1. 所見なし	2. 要指導	3. 要精密検査
	<input type="checkbox"/> CPI歯肉出血0(なし) <input type="checkbox"/> かつ歯周ポケット0 (4mm未満)	<input type="checkbox"/> CPI歯肉出血1 (あり) かつ歯周ポケット0 (4mm未満) <input type="checkbox"/> 口腔清掃状態3 (不良) <input type="checkbox"/> 生活習慣や糖尿病を除く基礎疾患に対し指導を要する	<input type="checkbox"/> CPI歯周ポケット1または2 (4mm以上) <input type="checkbox"/> 未処置歯 <input type="checkbox"/> 要補綴歯 <input type="checkbox"/> 歯石2・3

【健診当日の治療】

1. なし	2. あり
-------	-------

歯科医院名	歯科医師名