

# 歯科健康診査を受けましょう！

## 歯科健康診査の申込み方法について

本組合が一般社団法人埼玉県歯科医師会に業務委託をして、歯科健康診査を実施しています。  
つきましては、下記事項をご留意のうえ、歯科健康診査を受けていただきますようお願いいたします。

### ● 対象者

組合員(任意継続組合員は除く。)とします。

### ● 健診費用

1年度内1回を限度に、本組合が全額負担します。

### ● 健診項目

歯の状況、歯周組織の状況、口腔清掃状態の健診などを行います。

### ● 受診できる医療機関

歯科医師会に加入している県内の歯科医療機関で受診できます。  
なお、歯科医師会に加入している歯科医療機関については、歯科医師会のホームページまたは本組合のホームページで確認してください。

### ● 実施期間

通年で受診できます。

### ● 申込み方法等

- (1) 受診希望者は、歯科医療機関に直接電話等で予約を取ります。  
なお、予約の際、「埼玉県市町村職員共済組合の歯科健康診査」である旨を必ず歯科医療機関に伝えてください。
- (2) 予約後、「歯科健康診査申込書」を各所属所の共済事務担当課で受け取るか、本組合のホームページからダウンロードして必要事項を記入のうえ、健診日の30日前までに共済事務担当課に提出してください。
- (3) 申込書提出後本組合から、「埼玉県市町村職員共済組合歯科健康診査票」を発行しますので、次ページの記入例を参照のうえ必要事項を記入し、健診当日に歯科医療機関の窓口へ提出して受診してください。
- (4) 健診結果については、健診を行った歯科医療機関において、健診当日に通知します。

### ● その他

- (1) 健診の結果、歯石の除去、虫歯の治療等が必要な場合は、保険診療(自己負担)となります。
- (2) 不明な点は、福祉課までお問い合わせください。

むし歯などは自分では  
気づきにくい病気です。  
この機会に健診を受け  
ましょう。



# 「埼玉県市町村職員共済組合歯科健康診査票」の記入方法について

「埼玉県市町村職員共済組合歯科健康診査票」がお手元に届きましたら必要事項をご記入のうえ、健診当日に歯科医療機関へご提出ください。

なお、歯科健康診査票は複写になっておりますので、ボールペンで強くお書きいただき、4枚複写のまま提出してください。

- 太枠内「健診日」・「組合員氏名」・「住所」・「受診者氏名」・「性別」・「年齢」・「TEL」をご記入ください。
- 問診のQ1～Q20にお答えいただき、該当項目にご記入ください。

別記様式第2号 **記入例** (埼玉県市町村職員共済組合用)

**埼玉県市町村職員共済組合歯科健康診査票**

※注 ボールペンで強くお書きください。

健診日	29年〇月〇日	所属 所名	〇〇市	組合員証 記号番号	000-0000
組合員 フリガナ	キョウサイ タロウ	フリガナ	ハイヤマシウラワク モシマチ	<b>本人</b>	
氏名	共済太郎	住所	さいたま市浦和区岸町7-5-14		
受診者 フリガナ	キョウサイ タロウ	性別	男	年齢	40歳
氏名	共済太郎	TEL	048-822-3305		

〇〇年〇〇月〇〇日発行 埼玉県市町村職員共済組合

Q1 現在、ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか？  
Q1で「1. はい」と回答した方へ：該当する項目を全てご記入ください。Q1で「2. いいえ」の場合、下記6項目は全て「2. いいえ」とする。

1. 噛み具合が気になる  1. はい  2. いいえ

2. 外観が気になる  1. はい  2. いいえ

3. 発話が気になる  1. はい  2. いいえ

4. 口臭が気になる  1. はい  2. いいえ

5. 痛みが気になる  1. はい  2. いいえ

6. その他 ( )  1. はい  2. いいえ

Q2 ご自分の歯は何本ありますか？かぶせた歯(金歯・銀歯)、さし歯、根だけ残っている歯も本数に含めます。  
⇒本数もご記入ください。  
(1. 19本以下  20本以上 歯の本数(32)本)

Q3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか？  
(1. 左右両方かめる  2. 片方  3. 両方かめない)

Q4 歯をみがくと血がでますか？  
(1. いつも  2. 時々  3. いいえ)

Q5 歯ぐきがはれてプヨプヨしますか？  
(1. いつも  2. 時々  3. いいえ)

Q6 冷たいものや熱いものが歯にしみますか？  
(1. いつも  2. 時々  3. いいえ)

Q7 かかりつけの歯科医院がありますか？  
(1. はい  2. いいえ)

Q8 仕事が忙しかったり休めず、なかなか歯科医院に行けないことがありますか？  
(1. はい  2. いいえ)

Q9 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか？  
(1. はい  2. いいえ)

Q9で「1. はい」と回答した方へ：該当する項目を全てご記入ください。Q9で「2. いいえ」の場合、下記3項目は全て「2. いいえ」とする。

1. 糖尿病の治療を受けている  1. はい  2. いいえ

2. 脳卒中の治療を受けている  1. はい  2. いいえ

3. 心臓病の治療を受けている  1. はい  2. いいえ

Q10 家族や周囲の人々は、日頃歯の健康に関心がありますか？  
(1. はい  2. どちらともいえない  3. いいえ)

Q11 自分の歯には自信があったり、人からほめられたことがありますか？  
(1. はい  2. どちらともいえない  3. いいえ)

Q12 普段、職場や外出先でも歯を磨きますか？  
(1. 毎日  2. 時々  3. いいえ)

Q13 間食(甘い食べ物や飲み物)をしますか？  
(1. 毎日  2. 時々  3. いいえ)

Q14 たばこを吸っていますか？  
(1. はい  2. いいえ)

Q15 夜、寝る前に歯をみがきますか？  
(1. 毎日  2. 時々  3. いいえ)

Q16 フッ素入り歯磨き剤(ハミガキ)使っていますか？  
(1. はい  2. いいえ  3. わからない)

Q17 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)

Q18 ゆっくりよく噛んで食事をしますか？  
(1. 毎日  2. 時々  3. いいえ)

Q19 歯科医院等で歯みがき指導を受けたことはありますか？  
(1. はい  2. いいえ)

Q20 年に1回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか？  
(1. はい  2. いいえ)

歯の状況 (喪失歯のうち補綴処置の不要な歯には×を記入)

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

右 左

1健全歯数(✓) 2未処置歯数(C) 3処置歯数(O) 4現在歯数(1+2+3) 5要補綴歯数(△) 6欠損補綴歯数(▲)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

歯周組織の状況

BOP	17または16	11	26または27
PD			
BOP	47または46	31	36または37
PD			

CPI 個人コード(最大値)

歯肉出血

歯周ポケット

口腔清掃状態 良好 普通 不良

歯石の付着 なし 軽度 中等度以上

歯列・咬合 所見なし 所見あり

顎関節 所見なし 所見あり

粘膜 所見なし 所見あり

その他 ( )

基礎疾患等 なし 要指導 要精検

疾患名等 ( )

総合判定 1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精検・要治療

( )

診査者 歯科医院名  
 歯科医師名

お問い合わせ先 福祉課 ☎048-822-3305