

受診者様

診療所型歯科健診のお知らせ【受診券】

歯科健診を受診される前に、以下についてご確認ください。
 また、本用紙には健診を担当する歯科医院側への健診実施情報も記載しておりますので、①本用紙（歯科健診のお知らせ【受診券】）
 ②資格確認できるもの（マイナ保険証等）③歯科健康診査票（複写様式）
 の3点を受付にご提示下さい。

歯科健診の流れ



- ①必ず電話予約をして下さい
 - 健診は歯科医師会会員の診療所のみで受診可能です。
 - 右記のQRコードから東海4県【愛知・岐阜・三重・静岡県】の歯科医師会サイトから会員診療所を検索下さい。

aichi8020.net/checkup-tokai/
 「お近くの歯科医院をさがす」

- ②受診の際は、①本用紙②資格確認できもの（マイナ保険証等）③歯科健康診査票（複写様式）の3点を受付にご提示下さい。
 【お願い】③歯科健康診査票は太枠箇所（氏名・生年月日・問診）を事前記入の上、ご持参下さい。

- ③お帰りの際に、歯科健康診査票4枚目「4.受診者用」をお受け取り下さい。

★ 注意事項 ★

- ①今回の歯科健診で窓口で料金を支払うことはございません。
- ②健診当日に歯の治療等の必要を指摘され、ご本人が治療を希望される場合は、健診当日から治療に移行できますが、その治療費は自己負担となります。詳しくは歯科医院で説明を受けて下さい。

健康保険組合名	名古屋木材健康保険組合	0623-1187（保険者番号）
歯科健診対象者	被保険者・被扶養者	
歯科健診オプション	健診時歯冠クリーニング（前歯部のみ・歯石除去は除く）、フッ化物塗布（全顎）、歯ブラシ	

歯科健診実施医療機関様

東海地区歯科医師会

◆歯科健康診査票の記載について

- (1)診査票は4枚複写になっていますが、1・2・3枚目と4枚目では記載内容が異なります。
- (2)氏名・生年月日等必要事項及び問診は、必ず受診者にご記入いただいで下さい。
- (3)保険者番号・記号番号は正確に転記して下さい。
- (4)健診日の記載については間違いのないようご注意下さい。
- (5)県名・郡市区歯科医師会名・健診歯科医療機関名・歯科医師会員氏名・日歯会員コードをご記入下さい。
- (6)記載漏れ・誤り等がある場合は健診医療機関へ返戻されます。

◆歯科健康診査票の取扱いについて

- 1枚目、2枚目・・・東海地区（岐阜・三重・静岡・愛知県）歯科医師会の回収方法に準じてご提出下さい。提出期日等が不明な場合は各県歯科医師会にお問合せ下さい。
- 3枚目・・・歯科医院の控えとなります。
- 4枚目・・・受診者にお渡し下さい。

歯科健康診査票

出張 診療所

サンプル

1. 組合・企業提出用

受診者は太枠の中をご記入ください

健診実施日：西暦 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日	西暦	年	月	日生	歳
氏名	この診査票は歯科医師会を経由します。健康保険組合・事業所は健診結果を把握し保健事業等に活用します。匿名化して、統計資料、健診事業の評価、国等への実施報告結果等へ利用します。同意の上、自署してください。						
記号	保険者番号			本人・家族			
番号	組合又は事業所名						

記号・番号、保険者番号は右詰でご記入ください

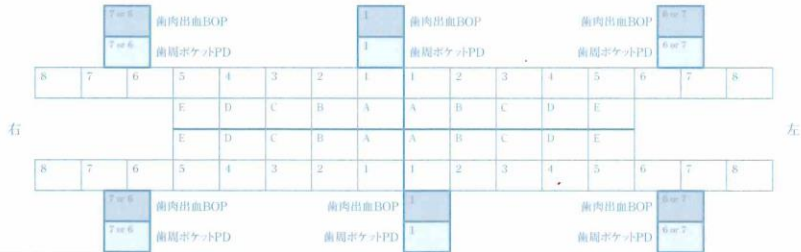
I. 問診 (下記の質問にお答えください)

下記右枠へ数字を記入してください

①	最近1年以内に歯科健診・歯科治療を受けたことがありますか	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・フロス等を利用しますか	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	全身の状態でご当てはまるものをお答えください (複数回答可) 1. 異常なし 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ご記入ください ()							

II. 歯と歯肉の状態

- ✓: 健全歯
- C: 未処置歯
- : 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: 出血無し	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

下記右枠へ数字を記入してください

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
その他の所見	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 (○)	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	

III. 総合判定

1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査	↑ III. 総合判定で 1、2、3の 数字を記入して ください
CPI: 歯肉出血0かつ歯周ポケット0	<input type="checkbox"/> CPI: 歯肉出血1かつ歯周ポケット0	<input type="checkbox"/> CPI: 歯周ポケット1または2	
	<input type="checkbox"/> 口腔清掃状態: 不良	<input type="checkbox"/> 未処置歯あり	
	<input type="checkbox"/> 歯石の付着あり (軽度、中等度以上)	<input type="checkbox"/> 要補綴歯あり	
	<input type="checkbox"/> 生活習慣や基礎疾患 歯科の受診状況: 指導を要する	<input type="checkbox"/> 生活習慣や基礎疾患等さらに詳しい検査や治療を要する	
		<input type="checkbox"/> その他の所見あり (更に詳しい検査や治療が必要な場合)	

IV. 健診当日の治療

1. なし 2. あり →

県名	郡市区歯科医師会名	健診歯科医療機関名	歯科医師会員氏名	日歯会員コード
県	歯科医師会			- - - - -

オプション (契約組合のみ)

下記右枠へ数字を記入してください

オプション	健診時歯冠クリーニング (前歯部のみ・歯石除去は除く)	1. なし	2. あり	→
	フッ化物塗布 (全顎)	1. なし	2. あり	→
	歯ブラシ	1. なし	2. あり	→

項目に記載漏れはありませんか。すべての枠 [] に記載が必要です。記号・番号・保険者番号等必要箇所への記載漏れ・誤り等がある場合は健診医療機関へ返戻します。この歯科健康診査票は診療録 (カルテ) として、健診日より起算して5年間の保存義務があります。