歯科健康診査票 持参型用

サンプル

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）　④問診票の４点を受付にご提示ください。
※歯科健康診査票は、令和8年4月1日より新しい様式に変更されました。（診査票右下に記載されている日付をご確認願います。）問診項目は別紙問診票でのご記入となりますので、忘れずにご持参ください。

歯科健診の流れ

1.必ず電話予約をしてください
　○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コードから東海信越地区【愛知・岐阜・三重・静岡・新潟・長野県】の歯科医師会サイトから会員診療所を検索ください。

dental-checkup.site
「お近くの歯科医院をさがす」

2.受診の際は、①本用紙 ②資格確認できるもの(マイナ保険証 等)③歯科健康診査票（複写様式）④問診票の４点を受付にご提示ください。
【お願い】③歯科健康診査票の太枠箇所（氏名・生年月日・問診）および④問診票は事前記入の上、ご持参ください。

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

★ 注意事項 ★
■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。
■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ください。

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	
歯科健診ｵﾌﾟｼｮﾝ	なし	

歯科健診実施医療機関　様　　　　**東海信越地区歯科医師会**

◆歯科健康診査票の記載について
(1)診査票は令和8年4月より新しい様式に変更されました。旧様式は使用できませんのでご注意ください。
　また、問診票は診査票とは別様式ですので、問診内容は別紙にてご確認ください。
　健診終了後は、診査票と問診票をクリップで一緒にまとめ、ご提出をお願いいたします。
(2)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。
(3)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てください。
(4)保険者番号・記号番号は正確に転記してください。
(5)健診日の記載については間違いのないようご注意ください。
(6)県名・郡市区名・健診医療機関名・歯科医師会員氏名・日歯会員コードをご記入ください。
(7)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・・・東海信越地区（愛知・岐阜・三重・静岡・新潟・長野県）歯科医師会の回収方法に準じてご提出ください。
　提出期日等が不明な場合は各県歯科医師会にお問い合わせください。
3枚目・・・歯科医院の控えとなります。
4枚目・・・受診者にお渡しください。

サンプル

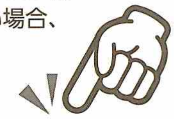
歯科健康診査問診票

受診者記入欄

フリガナ	
氏　名	
生年月日	西暦　　　年　　　月　　　日生　　　歳
組合又は事業所名	

お口の状況を正確に把握するために大切な質問です。

各質問について、「回答」欄のあてはまる番号に〇をつけてください。特に断りのない場合、〇は１つだけつけてください。



❗ 20歳未満の方は Q.7～Q.13のみお答え下さい。

1. 歯や口の中の状況等についてお伺いします。

20歳未満の方は回答スキップ

質問	選択肢	回答欄
Q.1　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
❶【Q.1で「2. ある」とお答えになった方】あてはまるものすべてに〇をつけてください。（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. 歯ぎ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
❷【上記質問で「5. 歯ぐきの状態・痛み」とお答えになった方】あてはまるものすべてに〇をつけてください。（複数回答可）	1. 痛みがある　2. 歯をみがくと血が出る 3. はれてブヨブヨする　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
Q.2　自分は歯周病だと思いますか。	1. 思わない　2. 思う	1・2
Q.3　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
Q.4　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
Q.5　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
Q.6　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。

全員回答

質問	選択肢	回答欄
Q.7　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
Q.8　【Q.7で「5.みがかない」以外をお答えになった方】歯をいつみがくのか、あてはまるものすべてに〇をつけてください。（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
Q.9　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
Q.10　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(検)診や治療の状況等についてお伺いします。

全員回答

質問	選択肢	回答欄
Q.11　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
❶【Q.11で「1. 半年以内」または「2. 1年以内」とお答えになった方】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〇をつけてください。（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
❷【Q.11で「1. 半年以内」または「2. 1年以内」とお答えになった方】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
Q.12　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
Q.13　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

東海信越地区歯科医師会（令和8年4月1日）

★★★ 必ず **歯科健康診査票** と一緒に **クリップ** でとめてご提出ください ★★★

サンプル

1．組合・企業提出用

歯科健康診査票

出　張	診療所

健診日	西暦　　　年　　月　　日

※右の太枠の中をご記入ください。

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、保険者番号は右詰めでご記入ください

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）	
【女性の方にお伺いします】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（加熱式・電子式等を含む）はいますか？ 1．はい　2．いいえ

【歯と歯肉の状態】

	上顎右								上顎左							
歯肉出血BOP		7 or 6						1							6 or 7	
歯周ポケットPD		7 or 6						1							6 or 7	
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
				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
歯肉出血BOP		7 or 6							1						6 or 7	
歯周ポケットPD		7 or 6							1						6 or 7	

【CPI 最大値 記入欄】

歯肉出血	歯周ポケット
⓪ 出血なし	⓪ 4mm未満
① 出血あり	① 4～6mm未満
	② 6mm以上
⑨ 除外歯	
⊗ 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)

R（根面部のう蝕）　RC（根面部のう蝕＋歯冠部のう蝕）　（注）補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

診査結果			
口腔衛生状態	1．良好	2．ふつう	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	
	□CPI歯肉出血0（なし）かつ歯周ポケット0（4mm未満）	□CPI歯肉出血1（あり）かつ歯周ポケット0（4mm未満） □口腔衛生状態3（不良） □生活習慣や糖尿病を除く基礎疾患に対し指導を要する	□CPI歯周ポケット1または2（4mm以上） □未処置歯 □要補綴歯 □歯石2・3	□習慣的な喫煙 □糖尿病の既往歴 □生活習慣や基礎疾患の詳しい検査等が必要 □その他

【健診当日の治療】

1．な　し	2．あ　り

【オプション（契約組合のみ）】

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

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			— —

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。

東海信越地区歯科医師会（令和8年4月1日）

★★★ 必ず 問診票 と一緒に クリップ でとめてご提出ください ★★★