

医療機関 御中

神戸市中央区磯辺通4丁目2番12号

兵庫トヨタ自動車健康保険組合

常務理事 松島英幸

歯科健診実施のお願い

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は被保険者の診察面においてご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当健康保険組合では口腔保健のセルフケア能力育成の一環として、被保険者の方を対象に年1回歯科健診の受診勧奨を行っています。

つきましては、貴医療機関において下記の要領で歯科健診を実施して頂きますようお願い申し上げます。

敬具

記

健診内容

- 歯・歯周組織・軟組織・顎関節等のチェック
【別紙「歯科健康診査票」をご参照ください】

- 健診結果に基づいた口腔指導

* 上記以外の検査等や歯石除去は、本人に了解をとった上で保険診療でお願い致します。

健診結果

別紙「歯科健康診査票」の検査結果をご記入頂くようお願い致します。

健診費用

健康保険は適用せず、健診費用を受診者から全額徴収の上、領収書をお渡しく下さい。

なお、領収書には下記の事項を記入くださるようお願い致します。

- (1) 健診者氏名 (2) 受診内容「歯科健診代」と明記
- (3) 健診年月日 (4) 医療機関名
- (5) 医療機関領収印 (6) 支払金額

ご参考: 当健康保険組合が兵庫県歯科医師会と取り交わしている標準価格は、
3,300円(消費税込み)です

歯科健診受診票

〔被保険者（本人）について〕

会社名			
保険証カード 記号-番号	—		
(フリガナ)		生 年 月 日	
被保険者名		S・H	年 月 日
住 所	〒 —		電話番号 () —

〔受診者の問診について〕 受診する前に必ず記入してください。（該当する方に○を入れる）

I 自覚症状について

1 歯がしみたり、痛んだりする	有 ・ 無	7 口を大きく開けると音がしたり痛む	有 ・ 無
2 物をかんだ時に痛みがある	有 ・ 無	8 偏頭痛や肩こりがよくおこる	有 ・ 無
3 歯ぐきの腫れまたは出血がある	有 ・ 無	9 歯の色・歯並びなどが気になる	有 ・ 無
4 朝、口が粘ついたり、臭かったり、妙な味がする	有 ・ 無	10 口臭がある（あると言われたことがある）	有 ・ 無
5 歯の間にものがはさまりやすい	有 ・ 無	11 ぐらついている歯がある	有 ・ 無
6 硬いものがかみにくい	有 ・ 無	12 その他（	有 ・ 無

II 口腔清掃について

1 いつ歯を磨きますか （複数回答可）	起床時	3 歯ブラシはどのぐらいで交換 しますか	1ヶ月未満
	朝食後		1ヶ月以上3ヶ月未満
	昼食後		3ヶ月以上
	夕食後	4 どのような清掃道具を使い ますか （複数回答可）	歯ブラシ
	就寝前		歯間ブラシ
	その他		糸ようじなど
2 何分ぐらい歯を磨きますか	1分未満	5 歯磨き指導を受けたことが ありますか	その他
	1分以上3分未満		有
	3分以上		無

III 生活習慣について

1 1日3回規則的に食事をする（朝食）	はい ・ いいえ
2 間食や夜食をとらない（間食）	はい ・ いいえ
3 体重に気をつけている（体重）	はい ・ いいえ
4 睡眠を十分にとる（睡眠）	はい ・ いいえ
5 日頃から体にあった運動をする（運動）	はい ・ いいえ
6 たばこは吸わない（禁煙）	はい ・ いいえ
7 酒の量をひかえる（節酒）	はい ・ いいえ

IV その他

治療以外で定期的に歯科健診を受けている	はい ・ いいえ	
現在、全身的な疾患がありますか	はい	心臓病・呼吸器病・胃腸病・糖尿病・肝臓病 その他（
		いいえ

歯科健康診査票

診査年月日 令和 年 月 日

※受診者は太枠のみ記入

健康保険組合名	兵庫トヨタ自動車健康保険組合			受診者番号	— — —			
フリガナ		本人	性別	男・女	生年月日	S・H 年 月 日	年齢	歳
受診者名				※令和8年4月1日現在の年齢を記入ください				

診 査 1 歯の状態

健全歯・・・／ 未処置歯・・・C 欠損歯・・・△ 処置歯・・・○ 欠損補綴歯・△

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				
右														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		

現在歯数		本
健全歯		本
未処置歯		本
欠損歯		本
処置歯		本

診 査 2 歯周組織の状態 (C P I)

7又は6	1	6又は7
7又は6	1	6又は7

C P I の最大値

〔C P I の評価基準〕

- コード 所 見
- 4 : 歯周ポケットの深さが6mm以上
(プローブの黒い部分が見えなくなる)
 - 3 : 歯周ポケットの深さが4mmまたは5mm
(プローブの黒い部分に歯肉縁が位置する)
 - 2 : プロービングによって歯石が触知できる
ただし、プローブの黒い部分はすべて見える
 - 1 : プロービング後出血が確認される
 - 0 : 所見なし
 - X : 除外 分画(セクスタント)として成立しない

診 査 3 軟組織・歯・顎関節の状態

- | | | |
|----------|----------|------|
| 1 軟組織の疾病 | 2 歯の摩耗 | 3 歯垢 |
| 4 歯牙酸蝕症 | 5 顎関節の疾病 | 6 歯石 |

総 合 判 定

- | | | | |
|--------|--|-------|---------|
| 1 異常なし | 2 要指導 | 3 要観察 | 4 要精密検査 |
| 5 要治療 | a 歯石除去 b 歯周治療 c う蝕治療 d 補綴処置
e その他(粘膜・顎関節・歯列・歯牙酸蝕症など)
(要治療の人はa～eのいずれかに○をしてください) | | |

指 導 内 容

- | | | |
|-------------|-------------|--------------|
| 1 要定期診査 | 2 ブラッシング指導 | 3 食生活・食習慣の指導 |
| 4 義歯の取扱いの指導 | 5 歯牙酸蝕症への指導 | 6 その他 () |