1　受診券イメージ図（表面）

420-0851
静岡県静岡市葵区黒金町１２３番地

後期　太郎　　様
00001

カスタマバーコード

〒420－0851
静岡市葵区黒金町 59 番地の７
ニッセイ静岡駅前ビル３階
静岡県後期高齢者医療広域連合　事業企画室
電話　054－270－5526

令和４年度後期高齢者歯科健診の実施について

静岡県後期高齢者医療広域連合では、口腔機能低下の予防を図り、肺炎等の疾病の予防に繋げるとともに健康水準の向上に資することを目的として、平成 28 年度より歯科健診を実施しています。

今年度は令和４年４月１日時点で 75 歳（昭和 21 年４月２日から昭和 22 年４月１日生まれの方）及び 80 歳（昭和 16 年４月２日から昭和 17 年４月１日生まれの方）の静岡県後期高齢者医療広域連合の被保険者を対象に実施しますので、ぜひこの機会に御受診ください。

歯科健診受診上の注意事項

1．　後期高齢者歯科健診は**無料**です。

2．　実施期間は**令和４年９月１日から令和５年２月 28 日まで**となります。
実施期間中に１回受診ができます。実施期間外は受診券を使用できません。

3．　歯科健診を受診する前には、歯科医院へ電話予約をしてください。

4．　歯科健診事業は、一般社団法人静岡県歯科医師会へ委託しています。そのため、静岡県歯科医師会に**登録されていない歯科医院では受診券を使用できません**ので御注意ください。(別添の実施機関一覧表にて受診できる歯科医院を御確認ください。)

5．　受診するときは、**この通知（切り離さずにお持ちください。）**と**被保険者証**を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。

6．　歯科健診を受診する日に静岡県後期高齢者医療の資格がない場合、受診券は使用できません。

7．　歯科医院で治療中の方でも歯科健診を受診することができます。

8．　歯科健診の結果は、匿名化した上で、国への報告や今後の保健事業に活用しますので、御了承ください。

9．　不正に受診券を使用した場合は、刑法により罰せられることがあります。

10．　**病院又は診療所に６月以上継続して入院している方、及び高齢者の医療の確保に関する法律第 55 条第１項第２号から第５号までに規定する施設に入所又は入居している方については、歯科健診の対象外です。**受診券が届いても受診できませんので、御注意ください。

ミシン目（印字はしない）

別紙1＜表面＞

令和４年度　後期高齢者歯科健診受診券

静岡県後期高齢者医療広域連合　広域公印

被保険者番号			
氏　　名			
性　　別		生年月日	
有 効 期 限	令和４年９月１日から令和５年２月 28 日まで		
健 診 内 容	問診及び歯の状態、口腔内の衛生状態、噛む力・飲み込む力の確認		
健 診 費 用	無　　料		
持 ち 物	受診券（切り離さずにお持ちください）、被保険者証		

以下の質問票を御記入のうえ、受診してください

ご本人記載欄

【質問票】

問１　現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。該当するもの全てに○を付けてください。
過去にかかったことはあるが、現在は治療を受けていないものには×を付けてください。
１.糖尿病　２.脳卒中　３.心臓病　４.がん　５.肺疾患（肺炎を含む）　６.骨粗鬆症

問２　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。
はい　２.いいえ
はい」の場合、該当するもの全てに○を付けてください。
噛み具合　２.外観　３.発音　４.口臭　５.痛み　６.飲みにくい　７.口の渇き
歯科治療が中断している　９.入れ歯の具合が悪い　10.その他（　　）

問３　入れ歯を使っていますか。
１.使っている　２.持っているが使っていない　３.持っていない

問４　自分の歯または入れ歯で左右の奥歯でしっかりと噛みしめられますか。
１.両方で噛める　２.片方で噛める　３.両方で噛めない

問５　しっかりよく噛んで食事しますか。
１.毎日　２.時々　３.いいえ

問６　お茶や汁物等でむせることがありますか。
１.いつも　２.時々　３.いいえ

問７　かかりつけの歯科医院がありますか。
１.はい　２.いいえ

問８　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

問９　これまでに歯周疾患検診を受けましたか。
１.はい　２.いいえ　３.わからない

問 10　夜、寝る前に歯をみがきますか。
１.毎日　２.時々　３.いいえ

問 11　家族形態は。
１.家族と同居　２.家族と二世帯住宅　３.夫婦二人暮らし　４.一人暮らし
５.その他（　　）

令和4年度　後期高齢者歯科健診票

医療機関記載

保険者番号		被保険者名	
被保険者番号		受診日	令和　　年　　月　　日
医療機関コード	2 2 3	医療機関名	

■ 歯と歯周組織の状態

歯肉出血 CPI	歯肉出血 CPI	歯肉出血 CPI
歯周ポケット CPI	歯周ポケット CPI	歯周ポケット CPI

【歯式記載例】

健全歯　／
処置歯　○
未処置歯　C
喪失歯　× △◬

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

歯肉出血 CPI	歯肉出血 CPI	歯肉出血 CPI
歯周ポケット CPI	歯周ポケット CPI	歯周ポケット CPI

回答欄	
健全歯	本
処置歯	本
未処置歯	本

■ CPIコード（最大値）	歯肉出血　（ 0 ・ 1 ・ 9 ・ × ）	
	歯周ポケット　（ 0 ・ 1 ・ 2 ・ 9 ・ × ）	
■ 義歯の状況	1 使用している　　2 使用していない(持っていない)	
上記で1と回答 ⇒	適合状況（ a 良好　b 不適合　c 破損　） 清掃状態（ a 良好　b 普通　c 要注意 ） 義歯装着による臼歯部での咬み合わせ　右（ a あり　b なし ） 左（ a あり　b なし ）	
上記で2と回答 ⇒	必要性　（ a あり　b なし ） 現在歯による臼歯部での咬み合わせ　右（ a あり　b なし ） 左（ a あり　b なし ）	
■ 咀嚼能力	1 強い　2 弱い　3 なし	
■ 舌機能	1 良好　2 要注意　3 不明	
■ 嚥下機能	1 良好　2 要注意　3 不明	
■ 口腔乾燥	1 正常　2 軽 度　3 中等度　4 重度	
■ 粘膜の異常	1 なし　2 あり【所見:　　】	
■ 口腔衛生状態　プラークの付着	1 殆どなし　2 中等度　3 多量　4 現在歯なし	
食　渣	1 殆どなし　2 中等度　3 多量	
舌　苔	1 殆どなし　2 中等度　3 多量	
口　臭	1 殆どなし　2 弱い　3 強い	
＜総合判定＞ 1つだけ選択	1 異常なし　2 要指導　3 要注意　4 その他	
上記で2と回答 ⇒	1つだけ選択 a 口腔清掃　b 義歯管理　c 食事指導　d 歯周疾患 e その他【　　】	
上記で3と回答 ⇒	1つだけ選択 a 歯周疾患　b う蝕　c 義歯　d 口腔ケア e その他【　　】	

別紙1＜裏面＞

1　受診券イメージ図（裏面）

医療機関記載

健診結果のお知らせ

歯の状況

① 健全歯数	② 処置歯数	③ 未処置歯数	現在歯数　(①+②+③)
本	本	本	本

○定期健診を受けましょう。
□　むし歯や歯周病は認められません。お口の機能も問題ありません。

○指導を受けましょう。
□　歯みがきについて、指導を受けましょう。
□　入れ歯の管理について、指導を受けましょう。
□　食事の内容に気をつけましょう。
□　その他（　　）

○精密検査や治療が必要です。
□　歯周病が認められます。早急な治療が必要です。
□　むし歯があります。早急な治療が必要です。
□　義歯に問題が認められます。早急な治療が必要です。
□　飲み込む機能に問題が認められます。専門的な口腔ケアを受けましょう。

その他

健診受診日　　令和　　年　　月　　日

健診実施機関の
所在地及び名称
開設者氏名
電話番号

※この健診結果のお知らせは返送不要です。