

新潟市2歳児歯科健診実施要領

新潟市

(令和3年7月1日)

新潟市 2 歳児歯科健診実施要領

1 目的

乳歯むし歯の予防と歯科分野から口腔機能の発育を支援するため、2 歳児の一人ひとりに合った口腔清掃や食行動等適切な歯科口腔保健行動の定着を促すことを目的に、歯科健診を実施する。また、希望者に対しフッ化物塗布を実施する。

また、本事業をきっかけに、かかりつけ歯科医によるプロフェッショナルケアを定期的に受けることで、生涯にわたる歯科口腔保健の向上を推進する。

2 対象者

市内に住所を有する 2 歳 0 か月になる月から 2 歳 6 か月になる月の児とする。ただし、市長が必要と認めた場合、3 歳未満まで受診可能とする。

3 健診受診回数

対象者 1 人につき 1 回とする。

4 健診実施期間

毎年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日までとする。

5 受診券

対象者にはあらかじめ個別に受診券を交付する。

なお、有効期限は受診券に記載する。

6 実施医療機関

本事業に協力する委託医療機関とする。

7 健診の方法

(1) 問診

問診は別に定める「2 歳児歯科健診記録票（別記様式第 1 号、以下「記録票」という。）」に基づいて行う。

(2) 歯科健診

検査項目は次に掲げる事項とし、歯科医師が行う。また、健診結果を母子健康手帳の 2 歳児健康診査の欄へ記載する。

- ア 現在歯に関する事項
- イ 軟組織に関する事項
- ウ 咬合に関する事項
- エ その他の事項

(3) 希望者に対するフッ化物塗布

希望者に対し、歯科医師又は歯科医師の指示の下で歯科衛生士が、歯科用フッ化物歯面塗布剤（フッ化物イオン濃度が9,000ppmFのものとする。）を歯面に塗布する。なお、フッ化物塗布をした場合、その旨を母子健康手帳の2歳児健康診査の欄へ記載する。

(4) 歯科保健指導

2歳児は、ほぼ全ての乳歯が生え揃う時期であり、食べる機能や話す機能等を獲得する重要な時期にあたるため、歯科医師又は歯科衛生士が、歯の萌出に伴う歯科疾患の予防や口腔機能の健全な育成に関する事項について、必要な歯科保健指導をあわせて行う。その際、市の作成する資料等を活用する。また、かかりつけ歯科医による継続した歯科健診及びフッ化物塗布の有効性についても説明する。

8 健診結果の通知

健診結果は、健診当日に、健診を実施した歯科医師が直接受診者の保護者へ記録票または母子健康手帳の記載に基づき説明する。この際、健診結果に基づき次の健診やフッ化物塗布の適切な時期について説明する。

9 健診に関する費用

(1) 委託医療機関に支払う額

別に定める契約書のとおりとする。

(2) 受診者の一部負担金の額

委託医療機関は、受診者より300円を徴収する。

(3) 一部負担の納付

受診者は、受診した委託医療機関に直接支払う。この際、委託医療機関においては、任意の領収書を発行する。

10 利用方法等

受診を希望する者は、事前に委託医療機関に予約をし、受診券及び母子健康手帳を持参し受診する。また、委託医療機関に備える記録票に必要事項を記入する。

11 健診費用（市負担分）の請求と支払

(1) 本事業に協力する委託医療機関のうち、一般社団法人新潟市歯科医師会の会員である委託医療機関は記録票及び2歳児歯科健診集計表（以下「集計表」という。）を同会へ、また、同会の会員以外の委託医療機関は記録票、集計表及び所定の請求書を新潟市へ、実施後翌月の15日までに提出する。

(2) 一般社団法人新潟市歯科医師会長は、毎月、同会の会員である委託医療機関から提出された記録票及び集計表の点検を行ったうえ、翌月末日までに所定の請求書に、記録票及び集計表を添えて、市長に提出する。

(3) 市長は、一般社団法人新潟市歯科医師会長及び同会の会員以外の委託医療機関からの請求に基づき、請求書等を審査のうえ、適当と認められた時はすみやかに、その費用を支払う。

12 委託契約の方法

市長は、一般社団法人新潟市歯科医師会長、または市長が適当と認めた歯科医療機関と健診実施にかかる委託契約をする。

13 その他

委託医療機関は対象者の年齢等の受診資格について、受診券や健康保険証等により確認する。

また、委託医療機関は、健診後に受診券の受診確認欄に、受診年月日と実施医療機関名を記入する。

附 則

この要領は令和3年7月1日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

(別記様式第1号)

2歳児歯科健診記録票

【対象】新潟市に住民票の登録をしている2歳0か月になる月～2歳6か月になる月の児
 【受診券有効期限】受診券に記載
 【自己負担額】300円

太枠線内をご記入ください。

診査日： 年 月 日

健診・予防接種番号	—										母子健康手帳の表紙にある番号を転記して下さい。			
ふりがな											生年月日	年 月 日生 (歳 か月)	保護者の氏名	
対象者氏名														
住所	新潟市 区										電話番号			
直近のフッ化物塗布日	年 月 日にフッ化物塗布済み													
質 問						記 載 欄								
1. 保護者が毎日、仕上げ磨きをしていますか。						(1) 磨いている			(2) 磨いていない					
2. フッ化物配合の歯磨き剤を使用していますか。						(1) 使用している			(2) 使用していない					
3. おやつは一日何回与えていますか。						(1) 2回以下			(2) 3回以上					
4. あまり噛まないで飲み込むことがよくありますか。						(1) いいえ			(2) はい					
5. 指しゃぶりやお口がポカンと開くことが多いなどお口に関する癖がありますか。						(1) いいえ			(2) はい					
6. ほ乳瓶を使用または母乳をのんでいますか。						(1) いいえ		(2) ほ乳瓶を使用している		(3) 母乳をのんでいる				
7. お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。						(1) はい			(2) いいえ					
8. お子さんのお口の中で気になることがあれば、お書きください。 (歯、歯ぐき、舌の状態や食べる、飲みこむなど口の機能について)						[]								
9. 本日、フッ化物塗布を希望しますか。 ※追加の自己負担はありません。						(1) 希望する			(2) 希望しない					

1. 歯式 (記号記入)	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左
		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
2. 軟組織異常 (該当番号に○) (1) なし (2) あり			3. 咬合異常 (該当番号に○) (1) なし (2) あり			4. その他の所見 (該当番号に○) (1) なし (2) あり []						
5. フッ化物塗布実施の有無 (該当番号に○) (1) 実施 (2) 未実施 (備考)						6. 次回の案内時期 (該当番号に○) (1) 次回は () 月頃と案内した (2) 次回の予定はない						
実施医療機関 住 所 名 称 診査歯科医師												

医療機関の方へ ・フッ化物塗布実施の有無にかかわらず、自己負担額300円を徴収して下さい。
 ・健診結果は、母子健康手帳の「2歳児健康診査」の欄に記入して下さい。