

新潟市お口の健康長寿健診実施要領

新潟市
(令和7年4月1日)

新潟市お口の健康長寿健診実施要領

1 目 的

歯・歯肉の状態や口腔内の衛生状態に問題がある高齢者や、口腔機能の低下の恐れがある高齢者をスクリーニングし、詳しい検査や治療等につなげることで、口腔機能の維持・向上、全身疾患の予防等を実現し、健康寿命の延伸に寄与することを目的として実施する。

また、本事業をとおして、市民へ有益な歯科口腔保健情報を提供し、市民の歯科口腔保健行動の向上を促すとともに、かかりつけ歯科医による歯科保健医療との連携を推進する。

2 実施方式

歯科医療機関による歯科健診（個別方式）を実施する。

3 対象者

実施年度の前年度中に、75歳に到達した市民及び実施年度に80歳に到達する市民とする。

ただし、下記のいずれかに該当する者を除く。

- (1) 刑事施設、労役場、その他これに準ずる施設に拘禁されている者
- (2) 病院又は診療所に6月以上継続して入院している者
- (3) 障がい者支援施設、介護保険施設等に入所又は入居している者

4 健診受診回数

対象者1人につき年1回とする。

5 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。

6 受診券

対象者にはあらかじめ個別に受診券を交付する。

7 実施医療機関

本事業に協力する歯科医療機関（以下「委託医療機関」という。）とする。

8 健診の方法

- (1) 問診

問診は別に定める「お口の健康長寿健診記録票（別記様式第 1 号及び別記様式第 2 号、以下「記録票」という。）」に基づいて行う。

(2) 検査項目、検査基準及び判定基準

検査項目は次のとおりとし、検査及び判定基準は別紙「お口の健康長寿健診検査項目、検査基準及び判定基準」（以下「別紙」という。）のとおりとする。

- ア 歯の状況
- イ 歯周病の状況
- ウ 粘膜の異常
- エ 口腔衛生状態
- オ 口腔乾燥
- カ 咀嚼機能評価
- キ 舌・口唇機能評価
- ク 嚥下機能評価

(3) 保健指導

健診結果の通知とともに、歯周疾患や口腔機能の低下に関する予防や治療等、必要な保健指導をあわせて行うものとする。その際、市の作成する資料等を活用するものとする。

9 受診の方法及び資格確認

受診者は、受診券とマイナ保険証又は生活保護受給証明書等（以下「証明書等」という。）を持参し、直接、委託医療機関で受診するものとする。

対象者の資格確認は、受診券とマイナ保険証又は証明書等により確認するものとする。

10 健診に関する費用

(1) 委託医療機関に支払う料金

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

- | | |
|----------------------|----|
| ア 新潟県後期高齢者医療被保険者 | 無料 |
| イ 生活保護法による被保護者 | 無料 |
| ウ 市長が公益上の理由等で必要と認めた者 | 無料 |

11 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に「お口の健康長寿健診結果のお知らせ」（別記様式第 3 号）に基づき説明のうえ通知する。

1 2 健診費用（市負担分）の請求と支払

- (1) 本事業に協力する一般社団法人新潟市歯科医師会（以下「歯科医師会」という。）の会員である委託医療機関は、所属する歯科医師会へ、健診翌月の１５日までに、記録票、お口の健康長寿健診集計表（以下「集計表」という。）及び証明書等を提出するものとする。
- (2) 一般社団法人新潟市歯科医師会会長（以下「歯科医師会会長」という。）は、毎月、委託医療機関から提出された記録票、集計表及び証明書等について点検を行ったうえ、健診翌月末までに新潟市財務規則の規定による請求書に記録票、集計表及び証明書等を添えて市長に提出するものとする。
- (3) 市長は、歯科医師会会長からの請求に基づき、請求書等を審査のうえ、適当と認めた時はすみやかに、その費用を支払うものとする。

1 3 事後指導及び管理

- (1) 別紙第２項健診結果に基づく判定により要指導以上の判定に区分された者については、委託医療機関が継続的に連絡をとりあい、指導、精密検査及び医療を中断なく行うものとする。
- (2) 別紙第２項健診結果に基づく判定により要指導以上の判定に区分された者及び受診者本人の求めに応じ必要な者には、健康教育及び介護予防事業等の利用を勧める。

1 4 委託契約の方法

市長は、歯科医師会会長と委託契約するものとする。

1 5 その他

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ものとする。

附 則

この要領は、令和元年７月１日から適用する。

附 則

この要領は、令和２年４月１日から適用する。

附 則

この要領は、令和３年４月１日から適用する。

附 則

この要領は、令和7年4月1日から適用する。

(別紙)

お口の健康長寿健診検査項目、検査基準及び判定基準

1 検査項目および検査基準

次の項目について、歯科医師が人工照明下で平面歯鏡、歯科用探針、WHOプローブを用いて行う。診査結果は、以下に示す記号を用いて記録票に記入する。

(1) 歯の状況

現在歯は、歯の全部または一部が口腔内に現れているものをいう。①健全歯「／または連続横線——」、②未処置歯「C」、③処置歯「O」に分類する。

過剰歯は含めないこととし、癒合歯は1歯として取り扱い、その場合の歯種名は上位歯種名をもってこれにあてる。

ア 健全歯

(ア) 健全歯とは、う蝕あるいは歯科的処置が認められないものをいう。

(イ) 咬耗、摩耗、着色、斑状歯、外傷、酸蝕症、発育不全、歯周炎、形態異常、エナメル質形成不全等の歯であっても、それにく蝕病変の認められないものは健全歯である。

イ 未処置歯

(ア) 未処置歯とは、小窩裂溝・平滑面において明らかな窩、エナメル質下の脱灰・浸蝕、軟化底、軟化壁が確認できるう蝕病変を有するものをいう。

(イ) 診査者によって判断が異なる程度の初期変化で、治療の必要性が認められない場合は健全歯とする。

(ウ) 残根は、未処置歯とする。

ウ 処置歯

(ア) 処置歯とは、歯の一部または全部に充填、クラウン等を施しているものをいう。

(イ) 歯周炎の固定装置、矯正装置、矯正後の保定装置、保隙装置および骨折副木装置はふくまない。

(ウ) 治療が完了していない歯、二次的にう蝕や他の歯面で未処置う蝕が認められた処置歯は未処置歯として扱う。

(エ) 予防てん塞(フィッシャー・シーラント)の施してある歯については、可能な限り問診をして、う蝕のない歯にてん塞したものは健全歯とするが、明らかにう蝕があった歯にてん塞を施したものは処置歯とする。

(オ) 根面板等を施してある歯は、処置歯とする。

エ 喪失歯の状況

喪失歯とは、抜去または脱落により喪失した歯をいう。①要補綴歯(△)と②欠損補綴歯(△)に分類する。

先天的欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴処置の必要性が認められないものについては喪失歯に含まない。歯式の該当欄には「×」を記入する。

(7) 要補綴歯

喪失歯のうち、義歯等による欠損補綴処置が必要と判断できるものを要補綴歯とする。

(1) 欠損補綴歯

喪失歯のうち、義歯、ブリッジ、インプラント等による補綴処置が施されているものを欠損補綴歯とする。ただし、一部破損していたり、欠損部の状況と著しく異なる義歯は装着していないものとする。

(2) 歯周病の状況

WHOプローブ(図1)を用い、CPI (community periodontal index、地域歯周疾患指数)を測定する。

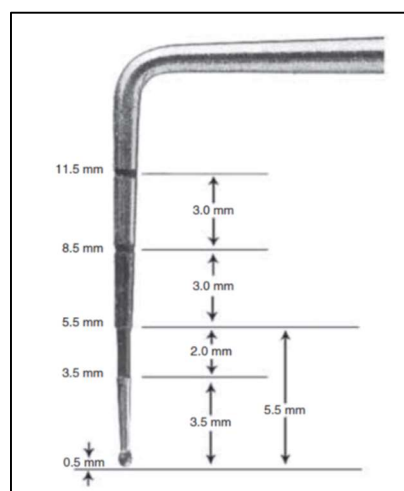


図1 WHOプローブ

ア 対象歯

(7) 口腔を6分画(17~14、13~23、24~27、47~44、43~33、34~37)し、下記の歯を各分画の代表歯とする。

1 7	1 6	1 1		2 6	2 7
4 7	4 6		3 1	3 6	3 7

(1) 前歯部の対象歯(11 あるいは 3 1)が欠損している場合は、反対側同名歯(21 あるいは 41)を対象歯とする。両側とも欠損している場合、あるいは臼歯部で2歯とも対象歯が欠損している場合には、対象外歯として「×」を該当する分画の欄に記入する。

イ 診査方法

(7) 上顎は頬唇側面、下顎は舌側面について以下の基準(表1、図2)で診査し、最高コード

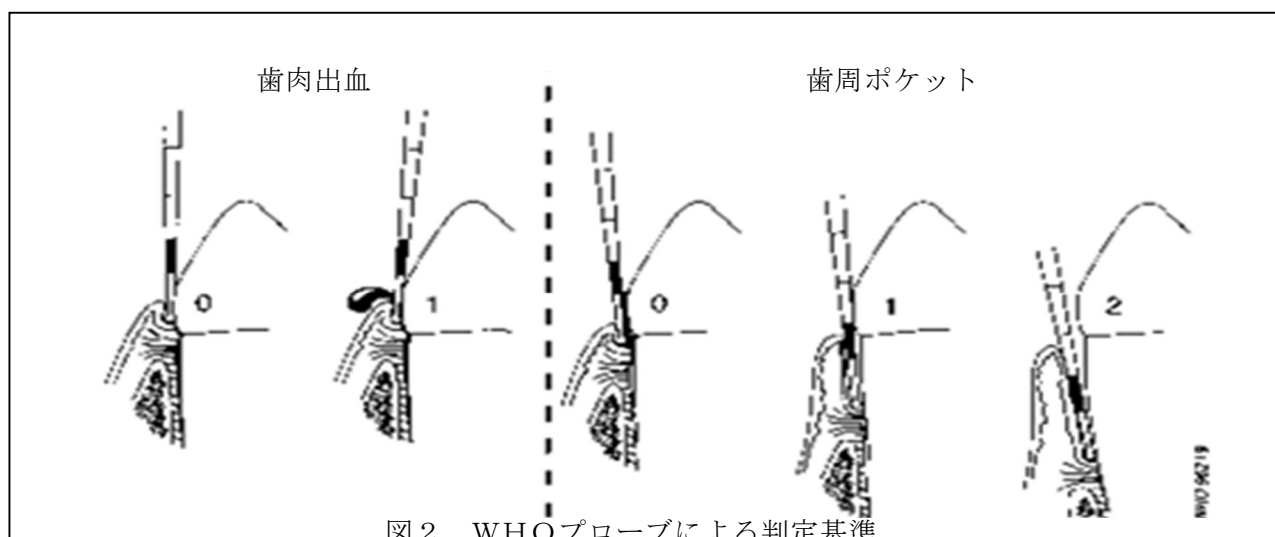
値を記入する。臼歯部では2歯のうち高い方の値を最大コード値とする。

(イ) 各分画のコード値のなかで最高コード値を個人の代表値(個人コード)とする。

(ウ) プロービングは、WHOプローブ先端の球を歯の表面に沿って滑らせる程度の軽い力(20g)で操作し、遠心の接触点直下から、やさしく上下に動かしながら近心接触点直下まで移動させる。

表1 C P I の判定基準

	コード	所見	判定基準
歯肉出血	0	健全	以下の所見が認められない
	1	出血あり	プロービング後 10～30 秒以内に出血が認められる
	9	除外歯	プロービングが出来ない歯(例: 根の露出が根尖に及ぶ)
	X	該当する歯なし	
歯周ポケット	0	健全	以下の所見がすべて認められない
	1	4～5 mm に達するポケット	WHOプローブの黒い部分に歯肉縁が位置する
	2	6 mm を超えるポケット	WHOプローブの黒い部分が見えなくなる
	9	除外歯	プロービングが出来ない歯(例: 根の露出が根尖に及ぶ)
	X	該当する歯なし	



ウ 歯石の付着状況

歯石の付着については、「なし」、「軽度(点状)」、「中等度(帯状)以上」とする。

(3) 粘膜の異常

口腔粘膜についてさらに詳しい検査や治療が必要な所見が認められた場合は、その内容を該当欄に記載して受診勧奨をする。

(4) 口腔衛生状態

ア 舌苔

付着している舌苔の舌背に占める面積の割合を視診にて、以下の基準（表 2）により判定する。

表 2 舌苔の判定基準

所見	判定基準
1. 殆どない	1/3 より小さい場合
2. 中等度	1/3 ～ 2/3 の割合で付着
3. 多量	2/3 以上の割合で付着

イ 義歯清掃

義歯の表面および内面を診査し、プラーク等の付着状況を視診にて、以下の基準（表 3）により判定する。

表 3 舌苔の判定基準

所見	判定基準
1. 良好	殆ど汚れが付着していない
2. 普通	若干の汚れが付着している
3. 不良	汚れが多量に付着している

ウ プラークの付着

歯面に付着しているプラーク（歯垢）の量を視診にて、以下の基準（表 4）により判定する。

表 4 口腔乾燥の判定基準

所見	判定基準
1. 殆どない	プラークがほとんど見られない
2. 中程度	1/3 を超えずプラークが付着している
3. 多量	1 歯以上の歯の歯肉縁に歯面の 1/3 を超えてプラークが見られる

(5) 口腔乾燥

口腔乾燥の程度は、口腔内所見と問診結果（問診項目「口の渇きが気になりますか」）より、総合的に判定する。

口腔内所見は、以下の基準（表５）により判定する。

表５ 口腔乾燥口腔内所見の判定基準

所見	判定基準
１．正常	乾燥なし
２．軽度～中等度	唾液の粘性が亢進している、または、唾液中に細かい唾液の泡が見られる
３．重度	舌の上に殆ど唾液が見られず、乾燥している

(6) 咀嚼機能評価

問診結果（問診項目「半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか」）と、咬合の状態、義歯の状況を参考に評価し、詳細な評価もしくは治療の必要性がある場合は要注意と判定する。

咬合の状態は、現在歯または義歯装着による臼歯部での咬み合わせを左右で評価し、詳細な評価もしくは治療の必要性がある場合は要注意と判定する。

なお、義歯はあるが持参しなかった等の場合は、検査時点の状況で判定する。

(7) 舌・口唇機能評価

オーラルディアドコキネシスにより評価する。

オーラルディアドコキネシスは、舌及び口唇の巧緻性を評価するものであり、パ、タ、カをそれぞれ一定時間（５秒間や１０秒間等）に言える回数を測定し、１秒間あたりに換算して以下の基準（表６）により判定する。

表６ オーラルディアドコキネシスの判定基準

所見	判定基準
１．良好	パ、タ、カ全て１秒間当たり６回以上の場合
２．要注意	パ、タ、カのいずれか１つでも１秒間当たり６回未満の場合

(8) 嚥下機能評価

問診結果（問診項目「お茶や汁物などでむせることがありますか」）と、反復唾液嚥下テスト（repetitive saliva swallowing test：RSST）の結果より、総合的に評価する。

反復唾液嚥下テストは、３０秒間における空嚥下の回数を測定し、以下の基準（表７）によ

り判定する。測定は、人指し指を舌骨相当部、中指を咽頭隆起に当て触診によりカウントする。

なお、口腔乾燥がある場合は少量の水等で口腔内を潤してもかまわない。

表 7 反復唾液嚥下テストの判定基準

所見	判定基準
1. 良好	30秒間当たりの嚥下回数が3回以上の場合
2. 要注意	30秒間当たりの嚥下回数が3回未満の場合

2 健診結果に基づく判定

臨床所見、問診結果を総合的に判断し、以下のように判定する。

(1) 異常なし

(2) 要指導

以下の項目に1つ以上該当する者

ア 歯肉出血個人コードが1、歯周ポケット個人コードが0の者

イ 歯石の付着（軽度、中等度以上）がある者

ウ 口腔清掃状態が不良の者

エ 今後口腔機能低下症につながる恐れがあり、摂食行動等生活習慣や口腔機能維持・向上に関する指導が必要な者

オ その他指導が必要と認められる者

(3) 要治療・要精密検査

以下の項目に1つ以上該当し、さらに詳しい診査や治療が必要な者

ア 歯周ポケット個人コードが1の者

イ 歯周ポケット個人コードが2の者

ウ 未処置歯あり

エ 要補綴歯あり

オ 口腔機能低下症の恐れがある者

カ その他の所見で、さらに詳しい検査や治療が必要な項目のある者

(別記様式第1号)

新潟市お口の健康長寿健診記録票

診査日： 年 月 日	受診者 区分 (1か2を ○で囲む)	1.新潟県 後期高齢者 医療被保険者	保険者番号	
			3 9 1 5 1 0	
		2.被生活保護者等 (要証明書等の添付)	被保険者番号	

太枠線内をご記入ください。

ふりがな 氏名：	男・女	生年： 年 月 日 (歳)	(市提出用)
住所： 新潟市 区	電話番号		
あてはまる番号を○で囲み () に必要事項をご記入ください。			
1. 現在、歯や口について気になること(症状)はありますか？ (1) ない (2) ある () 2. この1年以内に歯科医療機関で歯科検(健)診を受けましたか？ (1) はい (2) いいえ 3. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？ (1) はい (2) いいえ 4. お茶や汁物などでむせることがありますか？ (1) はい (2) いいえ 5. 口の渇きが気になりますか？ (1) はい (2) いいえ			

【1.歯の状況】

歯式	右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左
		8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

【2.歯周病の状況】

(頬側面)	BOP	右上7・6	右上1	(舌側面)	BOP	左上6・7	左上1
	PD				PD		

■ 歯肉出血BOP 判定基準

0：健全

1：出血あり

9：除外歯

X：該当歯なし

■ 歯周ポケットPD 判定基準

0：健全

1：4～5mm

2：6mm以上

9：除外歯

X：該当歯なし

【歯石の付着状況】(該当番号に○)

1.なし 2.軽度(点状) 3.中等度(帯状) 以上

歯式記号	本数[本]
/：健全歯①	
C：未処置歯②	
○：処置歯③	
△：要補綴歯	
Ⓐ：欠損補綴歯	
現在歯数(①+②+③)	

【3.粘膜の異常】

1.無 2.有(所見：)

【4.口腔衛生状態】

- ①舌苔 1.殆どない 2.中程度 3.多量
- ②義歯清掃 1.良好 2.普通 3.不良
- ③プラークの付着 1.殆どない 2.中程度 3.多量

【5.口腔乾燥】※問診5と口腔内所見を参考に判定

1.正常 2.軽度～中等度 3.重度

【6.咀嚼機能評価】※問診3と咬合の状態を参考に判定

総合判定 1.良好 2.要注意

咬合の状態

①現在歯による臼歯部での咬合 右 有・無 有・無 左

②義歯装着による臼歯部での咬合 右 有・無 有・無 左

【7.舌・口唇機能評価(オーラルディアドコキネシス)】

1.良好(6回以上/秒) 2.要注意(6回未満/秒)

それぞれ行方 バ タ カ

【8.嚥下機能評価】※問診4と反復唾液嚥下テストを参考に判定

総合判定 1.良好 2.要注意

反復唾液嚥下テスト

1.良好(3回以上/30秒) 2.要注意(3回未満/30秒)

【9.判定区分】(該当項目を○で囲む)

1. 異常なし
2. 要指導
- a. 歯肉出血1 かつ 歯周ポケット0
- b. 歯石の付着あり(軽度・中等度)
- c. 口腔清掃状態不良
- d. 摂食行動等生活習慣や口腔機能維持・向上に関すること
- e. その他 ()
3. 要治療・要精密検査
- a. 歯周治療1(歯周ポケット1(浅いポケット))
- b. 歯周治療2(歯周ポケット2(深いポケット))
- c. 未処置歯あり
- d. 要補綴歯あり
- e. 口腔機能低下の恐れ
- f. その他 ()

実施医療機関

住所

名称

診査歯科医師

診査結果について、今後の健診の精度向上のため、分析に利用する場合があります。なお、個人情報は、個人情報保護法、新潟市個人情報保護条例等の関係法令を遵守し、厳重に管理するとともに、前記以外に利用することはありません。

新潟市・新潟県後期高齢者医療広域連合

(別紙様式第2号)

(別記様式第2号)

新潟市お口の健康長寿健診記録票

診査日： 年 月 日

受診者
区分
(1か2を
○で囲む)

1.新潟県
後期高齢者
医療被保険者

保険者番号

3 9 1 5 1 0

被保険者番号

2.被生活保護者等 (要証明書等の添付)

太枠線内をご記入ください。

ふりがな 氏名：	男・女	生年： 年 月 日 (歳)
住所： 新潟市 区	電話 番号	
あてはまる番号を○で囲み () に必要事項をご記入ください。		
1. 現在、歯や口について気になること(症状)はありますか？ (1) ない (2) ある ()		
2. この1年以内に歯科医療機関で歯科検(健)診を受けましたか？ (1) はい (2) いいえ		
3. 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか？ (1) はい (2) いいえ		
4. お茶や汁物などでむせることがありますか？ (1) はい (2) いいえ		
5. 口の渇きが気になりますか？ (1) はい (2) いいえ		

(医療機関保管用)

【1.歯の状況】

歯式	右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左
		8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

【2.歯周病の状況】

(頬唇側面)	右上7・6	右上1	左上6・7	歯肉出血BOP 判定基準 0:健全 1:出血あり 9:除外歯 X:該当歯なし
(舌側面)	BOP	PD	PD	歯肉出血BOP 個人コード(最大値)
	PD	BOP	PD	歯肉出血BOP 個人コード(最大値)
	右下7・6	左下1	左下6・7	歯肉出血BOP 個人コード(最大値)

歯式記号	本数[本]
/:健全歯①	
C:未処置歯②	
O:処置歯③	
△:要補綴歯	
△:欠損補綴歯	
現在歯数(①+②+③)	

【3.粘膜の異常】

1.無 2.有(所見:)

【4.口腔衛生状態】

- ①舌苔 1.殆どない 2.中程度 3.多量
②義歯清掃 1.良好 2.普通 3.不良
③プラークの付着 1.殆どない 2.中程度 3.多量

【5.口腔乾燥】※問診5と口腔内所見を参考に判定

1.正常 2.軽度～中等度 3.重度

【6.咀嚼機能評価】※問診3と咬合の状態を参考に判定

総合判定 1.良好 2.要注意

咬合の状態

①現在歯による臼歯部での咬合 右 有・無 有・無 左

②義歯装着による臼歯部での咬合 右 有・無 有・無 左

【7.舌・口唇機能評価(オーラルディアドコキネシス)】

1.良好(6回以上/秒) 2.要注意(6回未満/秒)

それぞれ行う バ タ カ

【8.嚥下機能評価】※問診4と反復唾液嚥下テストを参考に判定

総合判定 1.良好 2.要注意

反復唾液嚥下テスト

1.良好(3回以上/30秒) 2.要注意(3回未満/30秒)

【9.判定区分】(該当項目を○で囲む)

- 1.異常なし 2.要指導
a. 歯肉出血1かつ歯周ポケット0
b. 歯石の付着あり(軽度・中等度)
c. 口腔清掃状態不良
d. 摂食行動等生活習慣や口腔機能維持・向上に関すること
e. その他()
3. 要治療・要精密検査
a. 歯周治療1(歯周ポケット1(浅いポケット))
b. 歯周治療2(歯周ポケット2(深いポケット))
c. 未処置歯あり
d. 要補綴歯あり
e. 口腔機能低下の恐れ
f. その他()

実施医療機関
住所
名称
診査歯科医師

診査結果について、今後の健診の精度向上のため、分析に利用場合があります。なお、個人情報、個人情報保護法、新潟市個人情報保護条例等の関係法令を遵守し、厳重に管理するとともに、前記以外に利用することはありません。

新潟市・新潟県後期高齢者医療広域連合

(別記様式第3号)

新潟市お口の健康長寿健診 結果のお知らせ

診査日： 年 月 日

ふりがな

氏名：

これからも口腔機能の維持・向上のため、日頃から意識してお口の体操や唾液腺マッサージなどに取り組み、定期的な歯科健診を受けましょう。

医療機関↓受診者(結果通知用)

該当項目を○で囲む	1. 良い状態です。	3. 更に詳しい検査や治療が必要な状態です。
	2. 注意事項があります。	
	a. 歯肉に軽い炎症があります。	a. 浅い歯周ポケットが認められます。
	b. 歯石の付着があります。	b. 深い歯周ポケットが認められます。
	c. 磨き残しが多い状態です。	c. 未処置のむし歯があります。
	d. 歯が抜けたままになっています。	
	e. 口腔機能の低下が疑われます。	
	f. その他 ()	

【1.歯の状況】

歯式	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
	右																左
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

【2.歯周病の状況】

(頬唇側面)	BOP	右上7・6	右上1	歯肉出血BOP 判定基準 0:健全 1:出血あり 9:除外歯 X:該当歯なし	歯肉ポケットPD 判定基準 0:健全 1:4~5mm 2:6mm以上 9:除外歯 X:該当歯なし	歯肉出血BOP 個人コード(最大値)
	PD					
	PD					
	BOP					
(舌側面)	BOP	右下7・6	右下1	歯肉出血BOP 判定基準 0:健全 1:出血あり 9:除外歯 X:該当歯なし	歯肉ポケットPD 判定基準 0:健全 1:4~5mm 2:6mm以上 9:除外歯 X:該当歯なし	歯肉出血BOP 個人コード(最大値)
	PD					
	PD					
	BOP					
		左下1	左下6・7			

【歯石の付着状況】(該当番号に○)

1.なし 2.軽度(点状) 3.中等度(帯状) 以上

【3.粘膜の異常】

1.無 2.有(所見) ()

【4.口腔衛生状態】

- ①舌苔 1.殆どない 2.中等度 3.多量
②義歯清掃 1.良好 2.普通 3.不良
③プラークの付着 1.殆どない 2.中等度 3.多量

【5.口腔乾燥】※問診5と口腔内所見を参考に判定

1.正常 2.軽度～中等度 3.重度

【6.咀嚼機能評価】※問診3と咬合の状態を参考に判定

総合判定 1.良好 2.要注意

咬合の状態

①現在歯による臼歯部での咬合 右 有・無 有・無 左

②義歯装着による臼歯部での咬合 右 有・無 有・無 左

【7.舌・口唇機能評価(オーラルディアドコネシス)】

1.良好(6回以上/秒) 2.要注意(6回未満/秒)

それぞれ行う バ タ カ

【8.嚥下機能評価】※問診4と反復唾液嚥下テストを参考に判定

総合判定 1.良好 2.要注意

反復唾液嚥下テスト

1.良好(3回以上/30秒) 2.要注意(3回未満/30秒)

【9.判定区分】(該当項目を○で囲む)

1. 異常なし 2. 要指導 3. 要治療・要精密検査
- a. 歯肉出血1 かつ 歯周ポケット0 a. 歯周治療1(歯周ポケット1(浅いポケット))
- b. 歯石の付着あり(軽度・中等度) b. 歯周治療2(歯周ポケット2(深いポケット))
- c. 口腔清掃状態不良 c. 未処置歯あり
- d. 摂食行動等生活習慣や口腔機能維持・向上に関すること d. 要補綴歯あり
- e. その他 () e. 口腔機能低下の恐れ
- f. その他 ()

実施医療機関

住所

名称

診査歯科医師

診査結果について、今後の健診の精度向上のため、分析に利用する場合があります。なお、個人情報は、個人情報保護法、新潟市個人情報保護条例等の関係法令を遵守し、厳重に管理するとともに、前記以外に利用することはありません。

新潟市・新潟県後期高齢者医療広域連合