

# 新潟市成人歯科健診実施要領

新 潟 市

(令和8年4月1日改正)

# 新潟市成人歯科健診実施要領

## 1 目的

歯周病は、全身疾患や生活習慣との関係が指摘されていることから、歯周病対策について、より一層の推進が求められている。生涯を通じて歯と口腔の健康づくりを推進するために、受診者自らが、歯周病健診を通じて日常的に予防に努めることが大切である。

そこで、健康増進法の歯周病検診に基づき、成人期の歯科口腔疾患、特に歯周病を早期に発見し適切な保健指導と治療を行うことを目的に「新潟市成人歯科健診」を歯科医療機関で実施する。

## 2 対象者

当該年度末現在の年齢が、40歳及び50歳の市民（当該年度内に40歳及び50歳の誕生日を迎える者）で、職場等で歯科健診の受診の機会のない者とする。

## 3 健診受診回数

対象者1人につき年1回とする。

## 4 健診期間、健診日及び健診時間

健診期間は、毎年4月1日から翌年の3月31日までとする。

健診日及び健診時間は、成人歯科健診（以下「健診」という。）を実施する医療機関で定め、その日時を受診希望者に明示する。

## 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、受診券の有効期限は当該年度の健診期間とする。

## 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「新潟市成人歯科健診記録票（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、次に掲げる事項とし、検査及び判定基準等は別紙「新潟市成人歯科健診検査項目、検査基準及び判定基準等」のとおりとする。

ア 歯の状況

イ 補綴治療の必要がある欠損部位の有無

ウ 歯肉の状況

エ 歯石の状況

オ その他の所見

(3) 保健指導

診査結果の通知とともに、歯周病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し、歯周病についての基本的な指導を行うものとする。

(4) 歯のクリーニング体験

歯周病予防のためだけでなく、口腔内の清潔感並びに爽快感を体感することで口腔内の健康に関心を持ってもらうため、歯のクリーニング体験を行う。実施方法は別紙「新潟市成人歯科健診検査項目、検査基準及び判定基準等」のとおりとする。

## 8 受診の方法

受診希望者は、受診券、本人確認書類（新潟市国民健康保険加入者は、加入資格がわかるもの）を持参し、直接、委託医療機関で受診するものとする。また、原則として受診者は事前に予約をするものとする。

## 9 健康診査に関する費用

(1) 委託医療機関に支払う料金

別に定める「成人歯科健診委託契約書」のとおりとする。

(2) 受診者の一部負担の額

ア 1件あたり500円とする。

（新潟市国民健康保険加入者は250円とする。）

イ 受診者が次に掲げる者で、事前に送付する「成人歯科健診無料受診券」（新潟市各種検診無料受診券交付要領別記様式第2号、以下「無料受診券」という。）、「生活保護受給証明書」或いは「支援給付を受けていることについての証明書」の提出があった場合は一部負担を徴収しない。

(ア) 当該年度の市民税非課税世帯に属する者（当該年度分が確定していない場合は前年

度の当該税)

(イ) 生活保護法による被保護者

(ウ) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定により支援給付を受けている者

(エ) 市長が公益上の理由等で必要と認めた者

(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ものとする。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ものとする。

## 10 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、個人記録票写し（新潟市成人歯科健診結果のお知らせ）に基づき説明のうえ通知する。この際、健診結果に基づきメンテナンスや治療等、次回の内容と予定時期について説明する。歯周病との関係が指摘されている全身疾患や妊娠、生活習慣等が認められた場合や、口腔内検査により歯科口腔疾患や所見等が認められた場合は、必要に応じて、他医療機関への受診勧奨を行う。

## 11 市への連絡事項の記入

上記10の説明後に、受診者の希望を聞き、記録票「市への連絡事項」欄に今後の予定等を記入する。

## 12 健診結果の報告及び費用（市負担分）の請求

(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（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、また、歯科医師会の会員以外の委託医療機関は新潟市へ、健診翌月の15日までに、記録票、成人歯科健診結果集計表（以下「集計表」という。）、無料受診券及び生活保護受給証明書を新潟市に提出するものとする。

(2) 一般社団法人新潟市歯科医師会（以下「歯科医師会」という。）は、毎月、歯科医師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、無料受診券及び生活保護受給証明書を添えて市長に提出するものとする。

(3) 市長は、歯科医師会長及び歯科医師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、適当と認めた時はすみやかに、その費用を支払うものとする。

### 13 事後指導及び管理

#### (1) 健診後の状況の把握

ア 健診により要精密検査及び要指導と判定されたものについては、必要に応じて指導、精密検査及び治療、他医療機関への紹介を行うものとする。

イ 要指導以上の判定区分の者については、成人歯科健康相談及び成人歯科健康教育等他の保健事業と連携を図り指導を行う。

### 14 委託契約の方法

市長は、歯科医師会長または市長が成人歯科健診事業を行うことについて適当と認めた歯科医療機関と委託契約するものとする。

### 15 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、本人確認書類（新潟市国民健康保険加入者は、加入資格がわかるもの）により確認するものとする。

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ものとする。

附 則

この要領は、平成14年6月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成17年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成18年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成26年10月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成31年4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。

附 則

この要領は、令和8年4月1日から適用する。

(別紙)

## 新潟市成人歯科健診検査項目、検査基準及び判定基準等

### 1 検査項目及び検査基準

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プローブを用いて診査し、結果を記録票に記入する。

#### (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。歯の状況は、表1のとおり分類し記載する。

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。

表1. 歯の状況と分類と記載方法

分類	記載	定義
健全歯	／	・う蝕あるいは歯科的処置が認められないものをいう。 ・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、それとう蝕病変の認められないものは健全歯とする。
未処置歯	C	・小窩裂溝・平滑面において視診で明らかな実質欠損を伴うう蝕病変、あるいはエナメル質下の脱灰・浸蝕を有するものをいう。 ・診査者によって判断が異なる程度のエナメル質の初期変化で、直ちに切削治療が必要でない場合は便宜的に健全歯とする。 ・C4の残根は、未処置歯とする。
	R	・根面部のう蝕
	RC	・根面部のう蝕＋歯冠部のう蝕
喪失歯	△	・喪失歯を示す。
	⊕	・義歯、ブリッジ等で補綴処置が施されているものをいう。
	×	・先天性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、歯列等の間隔から補綴処置の必要性が認められないもの。
処置歯	○	・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。 ・歯周炎の固定装置、矯正装置、矯正後の保定装置、保隙装置及び骨折副木装置は含まない。 ・治療が完了していない歯、二次的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取り扱う。 ・予防填塞（フィッシャー・シーラント）の施してある歯については、可能な限り問診して、う蝕のない歯に填塞したものは健全歯とするが、明らかにう蝕のあった歯に填塞を施したものは処置歯とする。 ・根面板等を施してある歯は、処置歯とする。

(2) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無

喪失歯のうち、義歯等による欠損補綴治療が必要と判断できるものを「あり」とし、それ以外は「なし」とする。

(3) 歯肉の状況

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。

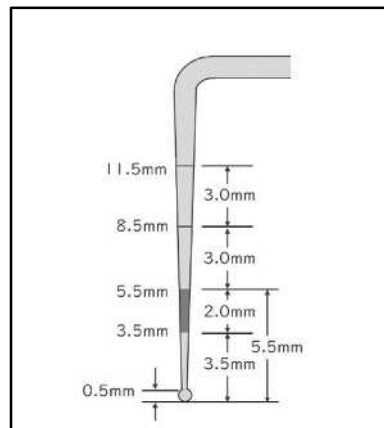
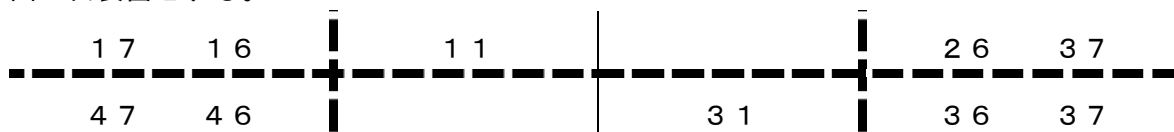


図1 WHOプローブ

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) 前歯部の対象歯(11 あるいは 31)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。(図2参照)

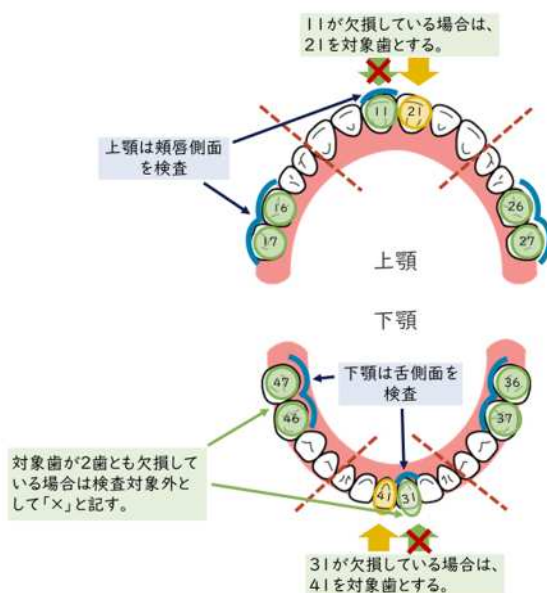


図2. 歯肉の状況の対象歯について

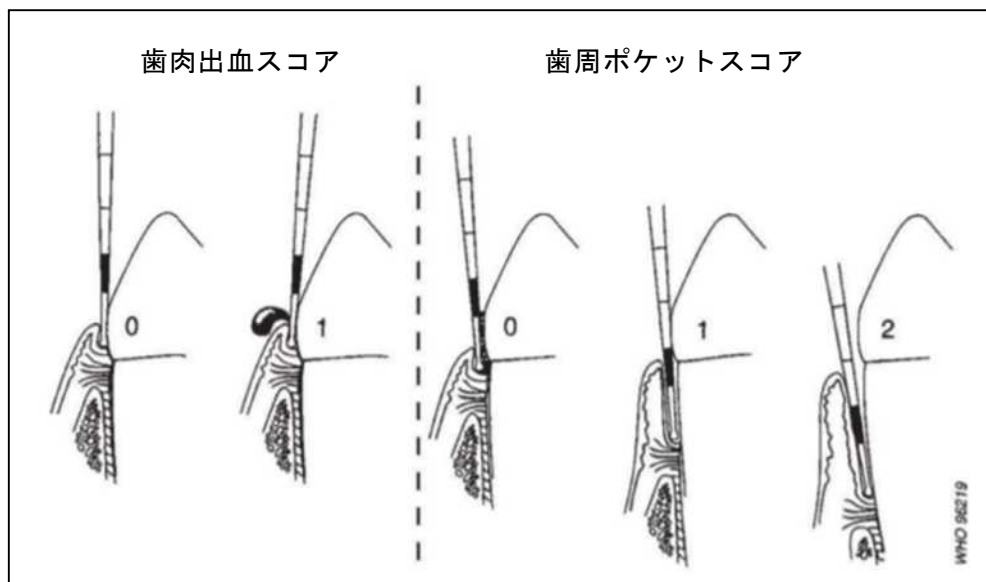
イ 診査方法

- (ア) 上顎は頬唇側面，下顎は舌側面について以下の基準(表 2，図 3)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 2 CPIの判定基準

	スコアコード	所見	判定基準
歯肉出血スコア	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)
	×	該当する歯なし	—
歯周ポケットスコア	0	健全	以下の所見がすべて認められない
	1	4~5mm 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)
	×	該当する歯なし	—

図 3 WHOプローブによる判定基準



#### (4) 歯石の状況

- ア CPI の検査対象歯について、ほとんどプラークの存在が認められない状態を「良好」とする。  
また、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認められる場合を「不良」とし、それ以外を「普通」とする。
- イ 歯石の付着については、「なし」、「軽度（点状）あり」、「中等度（帯状）以上あり」とする。

#### (5) その他の所見

歯（楔状欠損等）、歯列、咬合、顎関節、口腔粘膜等について、さらに詳しい診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精密検査の受診を勧める。

## 2 健診結果の判定（表3参照）

診査結果に基づき、以下のように判定する。

### (1) 異常なし

未処置歯、要補綴歯、その他の所見が認められず、CPI個人コードが歯肉出血0、歯周ポケット0の者

### (2) 要指導

未処置歯、要補綴歯、その他の所見が認められず、下記の項目に1つ以上該当する者

- ア CPI個人コードが歯肉出血1、歯周ポケット0
- イ 口腔清掃状態不良
- ウ 生活習慣や基礎疾患（糖尿病を除く）、歯科医療機関の受診状況等、指導を要する

### (3) 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 歯石の付着あり
- イ CPI個人コード＝歯周ポケット1または歯周ポケット2
- ウ 未処置歯あり
- エ 要補綴歯あり
- オ 糖尿病の治療を行っている（又は糖尿病の指摘を受けたことがある等）
- カ 習慣的に喫煙している
- キ 生活習慣や基礎疾患等、さらに詳しい検査や治療を要する
- ク その他の所見あり（さらに詳しい検査や治療が必要な場合）

表 3 . 健診結果の判定

判定区分	説明
(1)異常なし	・未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず，CPI 個人コードが歯肉出血 0，歯周ポケット 0 の者
(2)要指導	・未処置歯・要補綴歯・その他の所見が認められず，下記の項目に 1 つ以上該当する者 ア CPI 個人コードが歯肉出血 1，歯周ポケット 0 イ 口腔清掃状態不良 ウ 生活習慣や基礎疾患（糖尿病を除く），歯科医療機関等の受診状況等，指導を要する
(3)要精密検査	・以下の項目に 1 つ以上該当し，さらに詳しい検査や治療が必要な者 ア 歯石の付着あり イ CPI 個人コード＝歯周ポケット 1 または歯周ポケット 2 ウ 未処置歯あり エ 要補綴歯あり オ 糖尿病の治療を行っている（又は糖尿病の指摘を受けたことがある等） カ 習慣的に喫煙している キ 生活習慣や基礎疾患等，さらに詳しい検査や治療を要する ク その他の所見あり（さらに詳しい検査や治療が必要な場合）

### 3 歯のクリーニング体験の実施

問診による希望に基づき，以下の方法で実施する。

#### (1) 実施方法

ア 委託医療機関では(2)注意事項を参照して，実施の有無を決定する。

イ 歯科医師またはその指示を受けた歯科衛生士が，歯の表層に付着した汚れを歯科用の切削回転器具及び研磨用ペーストを用いて除去する。

ウ 対象部位は，上顎切歯（12～22）の唇側面とする。ただし，上顎切歯（12～22）が全て欠損している場合は，代理歯として下顎切歯（42～32）の唇側面を実施する。対象歯がない場合は未実施としてよい。

エ 実施の有無について，記録票の該当欄へ記載する。

#### (2) 注意事項

ア 歯石やヤニ等の頑固な汚れは除去できないこと，歯石除去は治療行為であるためできない

ことを実施前に説明し、了解を得た上で実施すること。

イ 歯の動揺、歯肉の発赤腫脹、う蝕の状態等により、歯のクリーニング体験を実施せず、治療行為を優先した方がよいと判断した場合は、その旨を説明し、了解を得た上で未実施としてよい。

#### 4 健診結果の説明、歯科口腔保健指導及び歯科医療機関への受診勧奨

##### (1) 健診結果の説明

個人記録票写し（成人歯科健診結果のお知らせ）に基づき、現在の歯・口腔の状態を受診者に具体的に説明する。メンテナンスや治療等、次回の内容と予定時期について説明する。

##### (2) 歯科口腔保健指導

手鏡等を使用して受診者自身のポケットの深さ等を目視する等、病態や進行度について正しい理解が得られるよう工夫しながら、歯科口腔保健指導を行う。

##### (3) 歯科医療機関への受診勧奨

問診等により歯周病との関係が指摘されている全身疾患や妊娠、生活習慣等が認められた場合や、口腔内検査により歯科口腔疾患や所見が認められた場合等は、指導後、必要に応じて他医療機関への受診勧奨を行う。

#### 5 市への連絡

健診結果の説明後に、以下のことについて受診者の希望を聞き、記録票「市への連絡事項」欄に今後の予定等を記入する。

- (1) 「健診を行った医療機関において指導予定」の有無
- (2) 「健診を行った医療機関において治療予定」の有無
- (3) 「他医療機関（歯科）を紹介」の有無（紹介した場合は、紹介先医療機関名も記入）
- (4) 「他医療機関（医科）を紹介」の有無（紹介した場合は、紹介先医療機関名も記入）

# 新潟市成人歯科健診記録票

診査日: 年 月 日

↓太枠の中をご記入下さい。

一部 無  
負担金 有 (新潟市国保・その他)

ふりがな お名前	生年月日	年 月 日
住所	性別	1.男 2.女 年齢 歳
職業等	1.会社員 2.自営業者 3.学生 4.無職 5.その他( )	
あてはまる番号を○でかこみ、( )に必要な事項を記入して下さい。		
<b>Q1</b> 現在、ご自分の歯や口、あごの状態に気になりますか。 1. ない 2. ある <b>①【Q1で「ある」とお答えになった方】</b> あてはまるもの全てに○をつけて下さい。 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 → 設問2へ 6. かみ具合 7. 口の周き 8. あごの痛み 9. 歯ざりや食いしばりなどの苦痛 10. その他( ) <b>②【上記質問①で「歯ぐきの状態・痛み」とお答えになった方】</b> あてはまるもの全てに○をつけて下さい。 1. 痛みがある 2. 歯をみがくと血が出る 3. はれてフヨフヨする 4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がぐらぐらする	<b>Q9</b> 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。 1. 毎日 2. 時々 3. いいえ <b>Q10</b> 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 <b>Q11</b> たばこを吸っていますか。 1. 吸っていない 2. 吸っている <b>Q12</b> 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。 1. 半年以内 } → 設問11, 2へ 2. 1年以内 3. 1年以上行ってない <b>【Q12で「半年以内」または「1年以内」とお答えになった方】</b> ① どのような目的で行きましたか。あてはまるもの全てに○をつけて下さい。 1. 治療 2. 歯科健(検)診 3. 予防(フッ化物塗布、歯の清掃など) 4. その他( ) ② その際に、「歯周病の治療が必要です」と言われましたか。 1. 言われなかった 2. 言われた	
<b>Q2</b> 自分は歯周病だと思いますか。 1. 思わない 2. 思う <b>Q3</b> 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 <b>Q4</b> 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。 1. しめない 2. 時々しみる 3. いつもしみる <b>Q5</b> 半年前に比べて歯の歯ぐきが赤くなくなりましたか。 1. いいえ 2. はい <b>Q6</b> 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 <b>Q7</b> 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) 1. 毎日みがく(1回) 2. 毎日みがく(2回) 3. 毎日みがく(3回以上) 4. とどきみがく 5. みがかない <b>Q8</b> 【Q7で「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、あてはまるもの全てに○をつけて下さい。 1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他( )	<b>Q13</b> かかりつけの歯科医院がありますか。 1. はい 2. いいえ <b>Q14</b> ご自分の歯は何本ありますか。 (脱臼、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 <b>Q15</b> 次の病気について指摘されたことがありますか。 あてはまるもの全てに○をつけて下さい。 1. ない 2. 糖尿病 3. 関節リウマチ 4. 脳梗塞(脳卒中) 5. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 6. 呼吸器疾患 7. その他( ) <b>Q16</b> 【女性の方】 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 <b>Q17</b> 本日、歯のクリーニング体験を希望しますか。 ※対象歯は上の前歯4本の範囲です。歯面の歯垢を取り除くもので、歯石は取りません。 1. 希望する 2. 希望しない	

## 【1.歯の状況】

<input type="checkbox"/> 健全 <input type="checkbox"/> 歯冠部の腐蝕 <input type="checkbox"/> 歯肉部の腐蝕 <input type="checkbox"/> 歯肉部の腫れ <input type="checkbox"/> 歯肉部の出血 <input type="checkbox"/> 歯肉部の腫れ・歯肉部の腐蝕 <input type="checkbox"/> 歯肉部の腫れ・歯肉部の腐蝕(歯肉腫瘍) <input type="checkbox"/> 歯肉部の腫れ・歯肉部の腐蝕(歯肉腫瘍) <input type="checkbox"/> 歯肉部の腫れ・歯肉部の腐蝕(歯肉腫瘍) <input type="checkbox"/> 歯肉部の腫れ・歯肉部の腐蝕(歯肉腫瘍) <input type="checkbox"/> 歯肉部の腫れ・歯肉部の腐蝕(歯肉腫瘍) <input type="checkbox"/> 歯肉部の腫れ・歯肉部の腐蝕(歯肉腫瘍)	歯式 ① / : 健全歯 ② C, R, RC : 未処置歯 ③ うちCのみの未処置歯 ④ Δ, ⊙ : 喪失歯 ⑤ うちΔ : 要補綴歯 ⑥ ○ : 処置歯 ⑦ 現在歯数 (①+②+③) ⑧ DMF歯数 (②+④+⑤)
---	--

上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	上
右	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	右
下																	下

## 【2.歯肉の状況】

右7上-6 右1上 左6上-7 左1上 右7下-6 右1下 左6下-7 左1下	歯肉の付着状況 0 健全 1 出血あり 2 出血なし 3 出血なし 4 出血なし 5 出血なし 6 出血なし 7 出血なし 8 出血なし 9 出血なし
--	---

## 【3.その他】 (当てはまるものに○)

補綴治療の必要がある欠損部位 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり <input type="checkbox"/> 3. 中等度(歯状)以上あり 歯石の付着状況 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 軽度あり(点状) <input type="checkbox"/> 3. 中等度(歯状)以上あり 歯列・咬合状況の所見 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり 顎関節症状の所見 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり 口腔粘膜 色に関する所見 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり 形状に関する所見 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 1. 良好 <input type="checkbox"/> 2. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 不良 その他の所見
--

## 【4.歯のクリーニング体験実施状況】 (当てはまるものに○)

<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 対象外のため実施せず
---

## 【5.判定区分】 (当てはまるものに○)

<input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 要指導 (a~c あてはまる項目全てにチェック) a. CPI個人J-Tが 歯肉出血1かつ歯周ポケット0 b. 口腔清掃状態不良 c. 生活習慣や基礎疾患(糖尿病を除く)、 歯科医療機関の受診状況等、指導を要する <input type="checkbox"/> 3. 要精密検査 (a~i あてはまる項目全てにチェック) a. 歯石の付着あり b. CPI歯周ポケット1(4~5mm) c. CPI歯周ポケット2(6mm以上) d. 未処置歯あり e. 要補綴歯あり <input type="checkbox"/> f. 糖尿病の治療を行っている (又は糖尿病の指摘を受けたことがある等) <input type="checkbox"/> g. 習慣的に喫煙している <input type="checkbox"/> h. 生活習慣や基礎疾患等、 さらに詳しい検査や治療を要する <input type="checkbox"/> i. その他の所見あり (さらに詳しい検査や治療が必要な場合)
---

実施医療機関 医療機関J-T* [ ] 住所 [ ] 名称 [ ] 診査歯科医師 [ ]	市への 届出事項 当てはまる ものに○ <input type="checkbox"/> 1. 健診を行った医療機関において指導予定 <input type="checkbox"/> 2. 健診を行った医療機関において治療予定 <input type="checkbox"/> 3. 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先: ) <input type="checkbox"/> 4. 他医療機関(内科)を紹介(紹介先: )	診療所要時間 [ ]分 実施 医師 歯科医師 [ ]人 歯科衛生士 [ ]人 その他 [ ]人
---	--	--

※調査結果について、今後の健診の積極向上のため、分析に利用します。なお、個人情報等は、個人情報保護法など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。

# 新潟市成人歯科健診結果のお知らせ

診査日: 年 月 日

様

あてはまる番号を○でかこみ、( )に必要な事項を記入して下さい。

<p><b>Q1</b> 現在、ご自分の歯や口、あごの状態が気になることはありますか。</p> <p>1. ない 2. ある</p> <p>①【Q1で「ある」とお答えになった方】あてはまるものを全てに○をつけて下さい。</p> <p>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 ⇒ 除却2-A 6. かみ具合 7. 口の周さ 8. あごの痛み 9. 歯ざりや食いしばりなどの苦痛 10. その他( )</p> <p>②【上記質問で「歯ぐきの状態・痛み」とお答えになった方】あてはまるものを全てに○をつけて下さい。</p> <p>1. 痛みがある 2. 歯をみがくと血が出る 3. はれてプヨプヨする 4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がぐらぐらする</p>	<p><b>Q9</b> 歯磨き粉またはフロスを使っていますか。</p> <p>1. 毎日 2. 時々 3. いいえ</p> <p><b>Q10</b> ゆっくりよくかんで食事をしますか。</p> <p>1. 毎日 2. 時々 3. いいえ</p> <p><b>Q11</b> たばこを吸っていますか。</p> <p>1. 吸っていない 2. 吸っている</p> <p><b>Q12</b> 最近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。</p> <p>1. 半年以内 2. 1年以内 3. 1年以上行ってない</p> <p>⇒ 除却2-A</p> <p>【Q12で「半年以内」または「1年以内」とお答えになった方】</p> <p>① どのような目的で行きましたか。あてはまるものを全てに○をつけて下さい。</p> <p>1. 治療 2. 歯科健(検)診 3. 予防(フッ化物塗布、歯の清掃など) 4. その他( )</p> <p>② その際に、「歯周病の治療が必要です」と言われたか。</p> <p>1. 言われなかった 2. 言われた</p>
<p><b>Q2</b> 自分は歯周病だと思いますか。</p> <p>1. 思わない 2. 思う</p> <p><b>Q3</b> 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。</p> <p>1. 何でもかんで食べることが出来る 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</p> <p><b>Q4</b> 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。</p> <p>1. しみにくい 2. 時々しみる 3. いつもしみる</p> <p><b>Q5</b> 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。</p> <p>1. いいえ 2. はい</p> <p><b>Q6</b> お茶や汁物等でむせることがありますか。</p> <p>1. いいえ 2. はい</p> <p><b>Q7</b> 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)</p> <p>1. 毎日みがく(1回) 2. 毎日みがく(2回) 3. 毎日みがく(3回以上) 4. とさどさみがく 5. みがかない</p>	<p><b>Q13</b> かかりつけの歯科医院がありますか。</p> <p>1. はい 2. いいえ</p> <p><b>Q14</b> ご自分の歯は何本ありますか。 (親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含まれません。さし歯は含みます。)</p> <p>1. 20本以上 2. 19本以下 3. わからない</p> <p><b>Q15</b> 次の病状について指摘されたことがありますか。 あてはまるものを全てに○をつけて下さい。</p> <p>1. ない 2. 糖尿病 3. 関節リウマチ 4. 脳梗塞(脳卒中) 5. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 6. 呼吸器疾患 7. その他( )</p> <p><b>Q16</b> 【女性の方】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。)</p> <p>1. はい 2. いいえ</p> <p><b>Q17</b> 本日、歯のクリーニング体験を希望しますか。 ※対象歯は上の前歯4本の前歯です。歯垢の歯垢を取り除くもので、歯石は取りません。</p> <p>1. 希望する 2. 希望しない</p>
<p><b>Q8</b> 【Q7で「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、あてはまるものを全てに○をつけて下さい。</p> <p>1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他( )</p>	

## 【1.歯の状況】

○	健康
△	歯周病の初期
□	歯周病の中期
●	歯周病の重症(歯肉退縮の程度)
◎	歯周病の重症(歯肉退縮の程度)
○	歯周病の重症(歯肉退縮の程度)
×	歯周病の重症(歯肉退縮の程度)

歯式記入欄

上	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	上
右	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	下
下																	下

## 【2.歯肉の状況】

右7-6	右7-1	左7-6	左7-1
右6-7	右6-1	左6-7	左6-1
右5-6	右5-1	左5-6	左5-1
右4-6	右4-1	左4-6	左4-1
右3-6	右3-1	左3-6	左3-1
右2-6	右2-1	左2-6	左2-1
右1-6	右1-1	左1-6	左1-1

## 【3.その他】(当てはまるものに○)

補綴治療の必要がある欠損部位	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. あり
歯石の付着状況	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. 軽度あり(歯状) <input type="checkbox"/> 3. 中等度(歯状)以上あり
歯列・咬合状況の所見	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. あり
顎関節症の所見	<input type="checkbox"/> 1. なし	<input type="checkbox"/> 2. あり
口腔粘膜	色に関する所見 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり	形状に関する所見 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 1. 良好	<input type="checkbox"/> 2. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 不良
その他の所見		

## 【4.歯のクリーニング体験実施状況】(当てはまるものに○)

1. 実施  2. 未実施  3. 対象外のため実施せず

## 【5.判定区分】(当てはまるものに○)

<input type="checkbox"/> 1. 異常なし	<input type="checkbox"/> 3. 要精密検査 (a~i あてはまる項目全てにチェック)
<input type="checkbox"/> 2. 要指導 (a~c あてはまる項目全てにチェック)	a. 歯石の付着あり <input type="checkbox"/> f. 糖尿病の治療を行っている (又は糖尿病の診断を受けたことがある等)
a. CPI個人3-4が 歯肉出血1かつ歯周ポケット0	b. CPI歯周ポケット1(4~5mm)
b. 口腔清掃状態不良	c. CPI歯周ポケット2(6mm以上)
c. 生活習慣や基礎疾患(糖尿病を除く)、 歯科医療機関の受診状況等、指導を要する	d. 未処置歯あり
	e. 要補綴歯あり
	<input type="checkbox"/> g. 習慣的に喫煙している
	<input type="checkbox"/> h. 生活習慣や基礎疾患等、 さらに詳しい検査や治療を要する
	<input type="checkbox"/> i. その他の所見あり (さらに詳しい検査や治療が必要な場合)

実施医療機関 医療機関コード [ ]

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、分析に利用します。なお、個人情報、個人情報保護法など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。