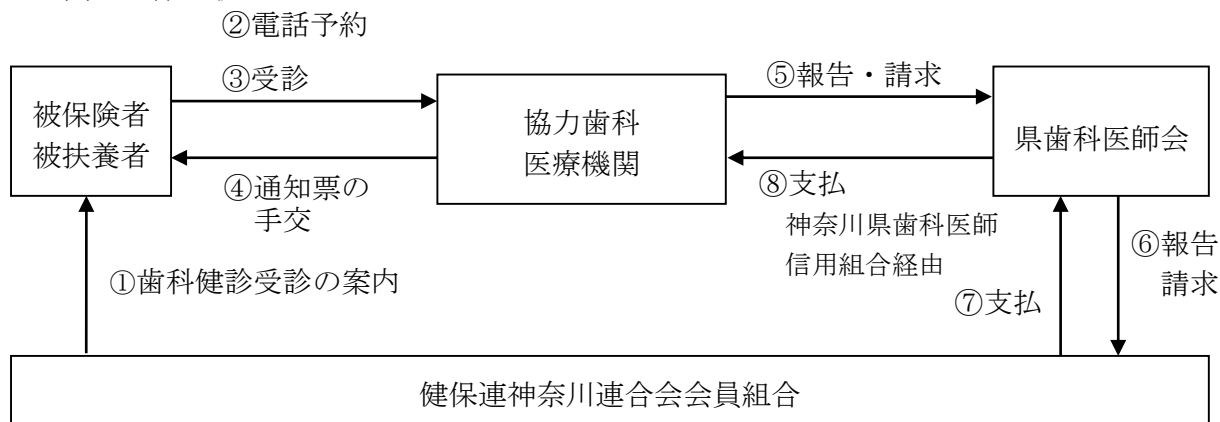


健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実施要領

- 1 目的 被保険者及び被扶養者の健康保持増進のため、歯科疾患の早期発見と早期治療及び疾病予防を目的とする歯科健診を実施する。
- 2 対象者 (1)健康保険組合連合会神奈川連合会会員組合で、この歯科健診の利用を希望する組合（以下「健保連神奈川連合会」という。）の被保険者及び被扶養者
(2)他連合会会員組合で、この歯科健診の利用を希望する組合の被保険者及び被扶養者
- 3 実施期間 健保連神奈川連合会会員組合及び他連合会会員組合が指定した時期（ただし、歯科医療機関の休診日は除く。）
- 4 歯科健診実施機関 一般社団法人 神奈川県歯科医師会（以下「県歯科医師会」という。）会員で、本歯科健診の実施に協力する歯科医療機関（以下「協力歯科医療機関」という。）。
- 5 診査項目 * 口腔診査
(1) 歯の状態
(2) 軟組織の状態
(3) 口腔乾燥の状態
(4) 唾液検査(唾液潜血反応)
 ※唾液検査(唾液潜血反応)が行えない場合はC P I 検査
(5) 口腔衛生の状態
(6) その他の所見
* 口腔衛生指導
(1) う蝕・歯周疾患の予防法
(2) ブラッシング指導
(3) 食事・生活指導など
- 6 歯科健診実施回数及び費用 (1) 実施回数：対象者1人につき、当該年度内2回まで
(2) 健診費用：受診者の自己負担額無料
 歯科健診料金 1件 3,800円+消費税
 なお、健診費用とは別に健康保険組合は神奈川県歯科医師会に事務手数料 1件 200円+消費税を支払う

7 歯科健診手順及び歯科健診費用の請求方法

(1) 全体の流れ



(2) 歯科健診手順 (※ [丸数字] は上記「(1)全体の流れ」の該当番号)

ア 歯科健診の予約

受診希望者は、協力歯科医療機関に電話等により予め健保連神奈川連合会歯科健診で受診する旨を伝えて予約をする。〔②〕

イ 歯科健診受診時の持ち物

受診希望者は、受診日に必ず

- ・ 『健康保険証』

を持参する。

ウ 歯科健診受診時の受付

(ア) 受診希望者は協力歯科医療機関に健保連神奈川連合会歯科健診で受診する旨を伝え、持参した

- ・ 『健康保険証』

を提出する。〔③〕

(イ) 協力歯科医療機関は受診希望者から提出された

- ・ 『健康保険証』

を受取り、本人確認を行う。〔③〕

(ウ) 協力歯科医療機関は、本人確認を行った後、受診希望者に協力歯科医療機関に備え付けの

- ・ 『問診票』(別紙1)
- ・ 『歯科健康診査票』(別紙2)

に必要事項を記入してもらい受付をする。〔③〕

※ 『問診票』(別紙1)並びに『歯科健康診査票』(別紙2)に未記入があった場合は受診前に記載してもらう。

※ 『問診票』(別紙1)、『歯科健康診査票』(別紙2)は県歯科医師会への報告・請求時に添付することになるので、受診者には返却しない。

エ 歯科健診の実施

歯科健診の実施方法は『歯科健診の手順について』による。〔③〕

オ 歯科健診結果

歯科健診結果として『歯科健康診査通知票』（別紙3）を協力歯科医療機関は受診者へ手渡す。〔④〕

なお、協力歯科医療機関が受診者に治療を勧める場合は、可能な限り歯科健診日とは別の日に受診者に再度『健康保険証』を提出させ、治療を受けさせる。

カ 歯科健診費用の請求方法

<協力歯科医療機関⇒県歯科医師会>

協力歯科医療機関は歯科健診終了後、翌月 15 日までに県歯科医師会に歯科健診費用を請求する。〔⑤〕

※15 日が土日祭日の場合は、その前日までに請求する。

【提出書類】

- ・『問診票』（別紙1）
- ・『歯科健康診査票』（別紙2）
- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』（別紙4）

<県歯科医師会⇒各健康保険組合>

県歯科医師会は、協力歯科医療機関から提出のあった

- ・『問診票』（別紙1）
- ・『歯科健康診査票』（別紙2）
- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』（別紙4）

を取りまとめ、『健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実績報告書（兼請求書）』（別紙5）を添え、各健康保険組合に提出する。

なお、『問診票』（別紙1）、『歯科健康診査票』（別紙2）はデータ化し各健康保険組合に提出する。〔⑥〕

【提出書類】

- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』（別紙4）
- ・『健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実績報告書（兼請求書）』（別紙5）

【提出データ】

- ・『問診票の結果』
- ・『歯科健康診査票の結果』

<各健康保険組合⇒県歯科医師会>

各健康保険組合は県歯科医師会から提出された

- ・『問診票の結果』
- ・『歯科健康診査票の結果』
- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』（別紙4）

・『健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実績報告書（兼請求書）』

（別紙 5）

を確認し、請求を受けた月の翌月末日までに県歯科医師会に歯科健診費用を支払う（末日が土日祭日の場合は、その前日まで）。〔⑦〕

＜県歯科医師会⇒協力歯科医療機関＞

県歯科医師会は、協力歯科医療機関へ翌々月末日までに歯科健診費用を支払う。（末日が土日祭日の場合は、その前日まで）。〔⑧〕

8 各種用紙

- ・『問診票』……………別紙 1
- ・『歯科健康診査票』……………別紙 2
- ・『歯科健康診査通知票』……………別紙 3
- ・『歯科健診実施報告書兼一括請求書』…別紙 4
- ・『健康保険組合連合会神奈川連合会
歯科健診実績報告書（兼請求書）』…別紙 5

※『問診票』（別紙 1）、『歯科健康診査票』（別紙 2）、歯科健康診査通知票（別紙 3）、歯科健診実施報告書兼一括請求書（別紙 4）のない協力歯科医療機関は県歯科医師会に送付を依頼する。

9. 留意事項

- (1) 本歯科健診には、歯科健診後の治療や精密検査は含まない。
- (2) 協力歯科医療機関は、『要治療』の受診者には、歯科健診とは別に治療や精密検査が必要であることを受診者や家族に説明する。
- (3) 協力歯科医療機関は、歯科健診に引き続き治療・精密検査を行う場合は、トラブルの原因とならないように受診者や家族が理解できるように説明し、確実に了解を得たうえで行う。
また、治療が必要とされる場合は歯科健診日には有料の治療等を実施せず、改めて別日に治療等を実施するなどして、誤解のないように行う。
- (4) 協力歯科医療機関は、歯科健診に引き続き治療（保険診療）を行う場合は、初診料の算定ができないので留意する。

問 診 票

別紙 1

★下記の内容についてご記入または該当する番号を塗りつぶしてください。(記入例 悪い例: ①⇒● 悪い例①⇒㊦)

診査実施日	平成 年 月 日	受診者氏名	性別	①男 ②女
-------	----------	-------	----	-------

健康 保険証 番号	記号				番号							
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②	②
	③	③	③	③	③	③	③	③	③	③	③	③
	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④	④
	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥
	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧
	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨

生年月日	年 (西暦)				月		日	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	①	①	①	①	①	①	①	①
	②	②	②	②	②	②	②	②
	③	③	③	③	③	③	③	③
	④	④	④	④	④	④	④	④
	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤
	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥	⑥
	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦	⑦
	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧	⑧
	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨	⑨

【質問】

Q1 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。 ① ある ② ない

Q1 で「ある」と回答した方は下記の該当する項目を全てご記入ください。「ない」と回答した方はQ2 より回答してください。

1. 噛み具合が気になる。 ① はい ② いいえ

2. 外観が気になる。 ① はい ② いいえ

3. 発話が気になる。 ① はい ② いいえ

4. 口臭が気になる。 ① はい ② いいえ

5. 痛みが気になる。 ① はい ② いいえ

6. その他 ()

Q2 ご自分の歯は何本ありますか。かぶせた歯(金歯・銀歯)、さし歯、根だけ残っている歯も本数に含めます⇒本数もご記入ください。

① 19 本以下 ② 20 本以上 ③ 本数(本)

Q3 自分の歯又は入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか。 ① 両方噛める ② 片方噛める ③ 両方噛めない

Q4 歯をみがくと血が出ますか。 ① いつも ② 時々 ③ いいえ

Q5 歯ぐきがはれてブヨブヨしますか。 ① いつも ② 時々 ③ いいえ

Q6 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。 ① いつも ② 時々 ③ いいえ

Q7 かかりつけの歯科医院がありますか。 ① ある ② ない

Q8 仕事が休めず、なかなか歯科医院に行けないことがありますか。 ① ある ② ない

Q9 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。 ① 受けている ② 受けていない

Q9 で「受けている」と回答した方は下記の該当する項目を全てご記入ください。「受けていない」と回答した方はQ10 より回答してください。

1. 糖尿病の治療を受けている。 ① 受けている ② 受けていない

2. 脳卒中の治療を受けている。 ① 受けている ② 受けていない

3. 心臓病の治療を受けている。 ① 受けている ② 受けていない

Q10 家族や周囲の人々は、日頃歯の健康に関心がありますか。 ① ある ② どちらともいえない ③ ない

Q11 自分の歯には自信があったり、人から褒められたことがありますか。 ① ある ② どちらともいえない ③ ない

Q12 普段、職場や外出先でも歯を磨きますか。 ① 毎日 ② 時々 ③ しない

Q13 間食(甘い食べ物や飲み物)をしますか。 ① 毎日 ② 時々 ③ しない

Q14 たばこを吸っていますか。 ① はい ② いいえ

Q15 夜、寝る前に歯を磨きますか。 ① 毎日 ② 時々 ③ しない

Q16 フッ素入り歯磨剤(ハミガキ)使っていますか。 ① 使っている ② 使っていない ③ わからない

Q17 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。 ① 毎日使ってる ② 時々使ってる ③ 使っていない

Q18 ゆっくりよく噛んで食事をしますか。 ① 毎回 ② 時々 ③ いいえ

Q19 歯科医院等で歯磨き指導を受けたことはありますか。 ① ある ② ない

Q20 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 受けている ② 受けていない

この「問診票」に記載されたあなたの個人情報、本歯科健診の円滑な運営のためのみに使用します。本事業を実施する神奈川県歯科医師会及び健康保険組合以外には一切提供することはありません。

歯科健診
医療機関名

歯科健康診査票

健康保険組合

診査実施日 平成 年 月 日

★太枠内は本人が記入してください

会社名				所属			
被保険者氏名	健康保険証記号番号	記号			番号		
受診者氏名	性別	男・女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)			
住所	(〒 -)			電話番号	() -		

★以下の診査を実施していただき、ご記入または○印を付けてください。

1. 歯の状態

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
右		E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	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	

①健全歯数(ノ)	②未処置歯数(C)	③処置歯数(O)	④現在歯数 (①+②+③)	⑤欠損補綴歯数(△) 本 インプラント(なし・あり)	⑥要補綴歯数(×) 本
本	本	本	本	本	本

2. 軟組織の状態

異常：なし・あり (部位：歯肉・舌・粘膜・その他< >)

3. 口腔乾燥の状態

異常：なし・あり (軽度・中程度・重度)

4. 唾液検査(唾液潜血反応)

(陰性・陽性) ※唾液検査が行えない場合は下記CPI検査を行ってください。

また、唾液検査を行えない理由をご記入ください。()

CPI検査※唾液検査が行えない場合に検査を行ってください。

17 または 16	11	26 または 27	【CPI: 診査基準】 (コード) 0: 異常なし 1: プロービングによる歯肉出血 2: 縁上または縁下歯石 3: ポケットの深さ 4-5mm 4: ポケットの深さ 6mm 以上
47 または 46	31	36 または 37	
右		左	
CPI 所見結果: CPI 個人(最大値)			

5. 口腔衛生の状態

- ①プラーク付着状況：殆どない・中程度・多量
 ②歯石：殆どない・中程度・多量
 ③舌苔：殆どない・中程度・多量
 ④口臭：殆どない・弱い・強い
 ⑤義歯清掃状況：良好・普通・不良・義歯なし

6. その他所見

(なし・あり< 歯(楔状欠損等)・歯列咬合・顎関節・その他 () >)

この「歯科健康診査票」に記載されたあなたの個人情報、本歯科健診の円滑な運営のためのみに使用します。本事業を実施する神奈川県歯科医師会及び健康保険組合以外には一切提供することはありません。

歯科健診医療機関名

歯科健康診査通知票

受診者氏名	様	診査実施日	平成	年	月	日
-------	---	-------	----	---	---	---

※該当する箇所には○印を付けてください

あなたの歯科健康診査の結果は次の通りですのお知らせします。

あなたのお口の健康状態

- () 良好な状態です。
- () むし歯があります。
- () 歯ぐきに炎症があります。
- () かみ合わせに問題があります。
- () 軟組織〔歯肉、舌、粘膜など〕に異常がある可能性があります。
- () お口の中が乾燥しています。
- () お口の中が汚れています。
- () 口臭があります。
- () その他 []

お口の健康を保つために

- () 今のところ治療の必要はないと思われませんが、歯科医院で定期的に歯科検診を受けることをお勧めします。
- () 歯のみがき方などの指導を受けて、お口の清掃を心がけてください。
- () 検査や治療を必要とします。歯科医療機関を受診してください。
- () その他 []

**生涯おいしく楽しく食べるため、かかりつけ歯科医をもち、
お口の健康を保ちましょう。**

歯科検診医療機関名

平成 年 月 日

健康保険組合 殿

〒247-0013

横浜市中区住吉町 6-68

一般社団法人 神奈川県歯科医師会

会長 高橋 紀樹



健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診実績報告書(兼請求書)

健康保険組合連合会神奈川連合会歯科健診につきまして、実施医療機関からの報告を取りまとめ下記のとおり報告いたしますので、歯科健診料、事務手数料、アルバイト料を下記口座にお振り込みいただきますようお願いいたします。

記

1 請求金額 _____ 円

1) 歯科健診料 _____ 円

【内訳】	受診人数	×	健診料金単価	+	消費税	=	合計額
	_____人		3,800円		8%		_____円

2) 事務手数料 _____ 円

【内訳】	受診人数	×	事務手数料単価	+	消費税	=	合計額
	_____人		200円		8%		_____円

2 添付書類

1) 歯科健診実施報告書兼一括請求書(別紙4) _____ 枚

3 振り込み先

神奈川県歯科医師信用組合本店

普通預金 1011024

一般社団法人 神奈川県歯科医師会 健康保険組合歯科健診料