

東芝健康保険組合

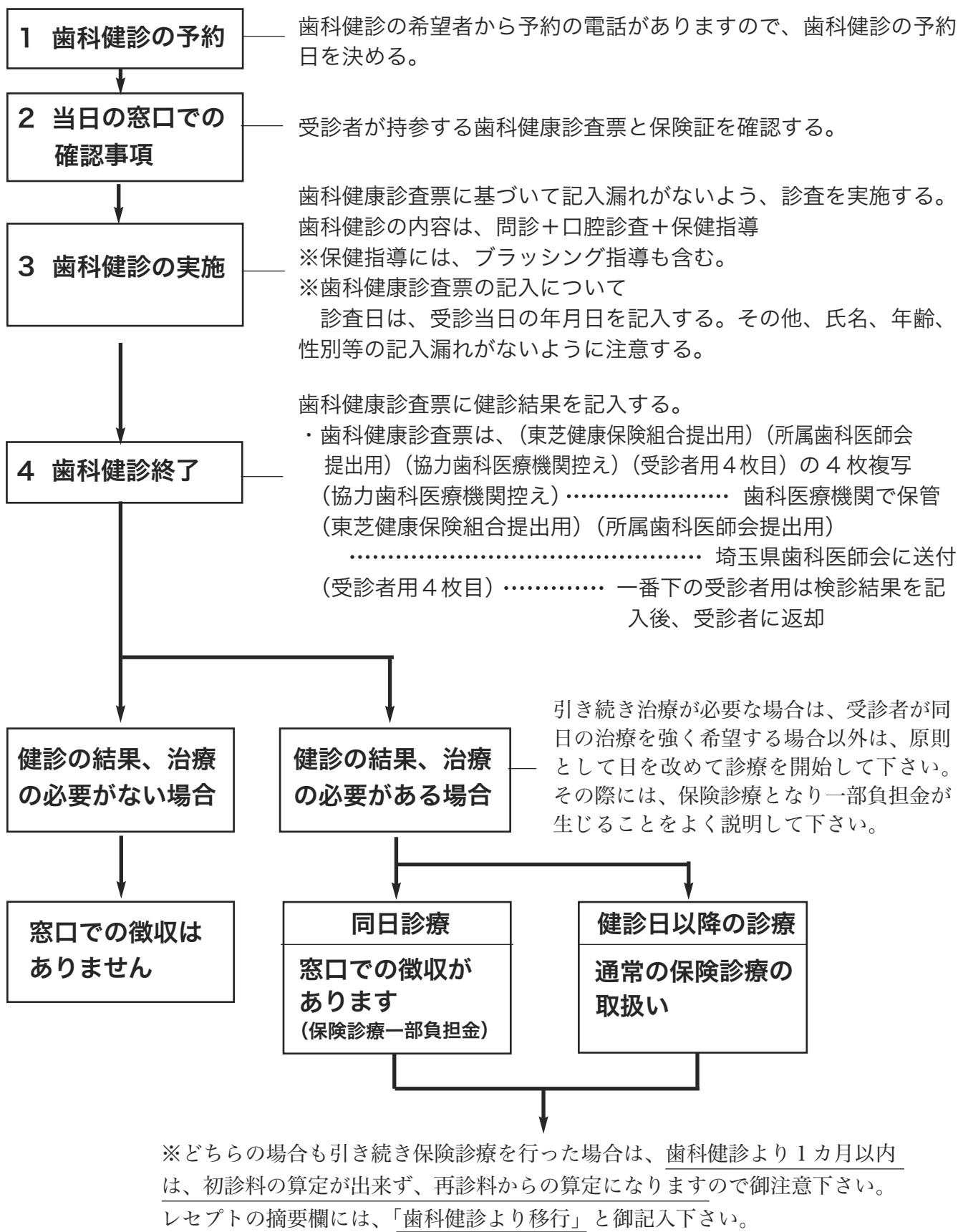
歯科健診マニュアル

健診期間

2022年**6**月1日～2023年3月31日

東芝健康保険組合歯科健診について

歯科健診の手順



歯科健診料を請求する手続き

☆請求は、**健診実施月の翌月末日**までに埼玉県歯科医師会宛に提出書類を送付してください。

提出書類及び 請求書の 記入方法について

埼玉県歯科医師会宛、東芝健康保険組合歯科健診請求書(P88)と埼玉県歯科健診診査票1枚目の事業所用と3枚目の歯科医師会用を健診実施月の翌月末日までに、埼玉県歯科医師会宛にご郵送ください。

健診料金について

健診料金は、1名あたり4,400円(税込)
なお、上記金額から1名あたり事務手数料100円を差し引いた額を後日、埼玉県歯科医師会から振込みます。

送付先について

上記の提出書類を、**健診実施月の翌月末日**までに
埼玉県歯科医師会地域保健部担当宛にお送り下さい。

埼玉県歯科医師会から送付する請求書返信用封筒により
埼玉県歯科医師会に送付して下さい。
2回に分けて送付しますが、健診の都度送付いただいて
も差し支えありません。(※各健康保険組合の締切日注意)
※個人情報のため送付先に誤りのないようご注意下さい。

歯科健診実施のお願いについて

当組合は口腔疾患の早期発見・早期治療および予防を目的として、被保険者を対象に歯科健診受診の勧奨を行っております。つきましては、下記の要項により貴医院において歯科健診を実施していただきますようお願い申し上げます。

記

健診の対象者	全被保険者（被扶養者は対象外）
健診の内容	口腔診査・口腔衛生指導
健診の期間	2022年6月1日～2023年3月31日
健診の結果	受診者持参の「東芝健康保険組合歯科健診票」にご記入いただき、結果説明のうえ、4枚目の「健診結果のお知らせ」をお渡しください。 歯科健康診査票の1、2枚目の〔東芝健康保険組合提出用〕・〔所属歯科医師会提出用〕を請求書とともに、埼玉県歯科医師会へ送付してください。
【送付先】	埼玉県歯科医師会（TEL 048-829-2323） 〒330-0075 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 彩の国すこやかプラザ内
健診の費用	<u>受診者から費用徴収はしないでください。</u> 健診費用は、埼玉県歯科医師会との契約で一人につき4,400円（税込）となっており、後日、埼玉県歯科医師会を通じて手数料100円を差し引いた4,300円をお支払いいたします。 <u>※ 健診当日、治療（歯石除去・レントゲン撮影分を含む）が必要な場合は、保険診療となり一部負担金が生じることを受診者に説明し、了解の上で治療を行ってください。</u> なお、歯科健診より1ヶ月以内は初診料の算定が出来ず、再診料からの算定になりますので、ご注意下さい。レセプトの摘要欄には「歯科健診から移行」とご記入ください。

【歯科健診に関するお問合わせ窓口】

手続等でご不明な点がある場合は下記までお問合せください。
東芝健康保険組合
TEL 044-520-7826

公的医疗保险加入者歎科健康診查票

NO.

備注 ボールペンで詳しくお書き下さい

診査日	年	月	日	保険証記号・番号				
ふりがな				性別	男	就業形態		
氏名				性別	女	種類		
ふりがな				事業所名				
住所				生年月日	年	月	日	TEL

- | | | | |
|--|------------------------------|--|-----------------------------|
| Q1 現在、ご自分の首や下の状態で気になることはありますか？ | [1. はい 2. いいえ] | Q9 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか？ | [1. はい 2. いいえ] |
| Q1で「1. はい」と回答した方へ：該当する項目を全てご記入ください。Q1で「2. いいえ」の場合、下記6項目は全て「2. いいえ」とする。 | | Q9で「1. はい」と回答した方へ：該当する項目を全てご記入ください。Q9で「2. いいえ」の場合、下記3項目は全て「2. いいえ」とする。 | |
| 1. 咳み具合が気になる | [1. はい 2. いいえ] | 1. 胸悶病の治療を受けている | [1. はい 2. いいえ] |
| 2. 外側が気になる | [1. はい 2. いいえ] | 2. 淋症中の治療を受けている | [1. はい 2. いいえ] |
| 3. 発熱が気になる | [1. はい 2. いいえ] | 3. 心臓病の治療を受けている | [1. はい 2. いいえ] |
| 4. 口臭が気になる | [1. はい 2. いいえ] | Q10 家族や周囲の人々は、口頭病の健康に关心がありますか？ | [1. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ] |
| 5. 痛みが気になる | [1. はい 2. いいえ] | 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. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ] |
| 6. その他 | [1. はい 2. いいえ] | Q12 曹穀、競馬や外出先でも歯を磨きますか？ | [1. 毎回 2. 時々 3. いいえ] |
| Q2 ご自分の歯は何本ありますか？かぶせた歯（全歯・假歯）、さし歯、板だけ残っている歯も本数に含めます。 | | Q13 食事（甘い食べ物や飲み物）をしますか？ | [1. 毎日 2. 時々 3. いいえ] |
| 一本数もご記入ください。 | [1. 15本以下 2. 20本以上 痛の本数()本] | Q14 たばこを吸っていますか？ | [1. はい 2. いいえ] |
| Q3 白分の歯または入れ歯で左右の差異をしっかりととかぶしめられますか？ | [1. 左右同じかめる 2. 片方 3. 両方かめない] | Q15 夜、寝る前に歯をみがきますか？ | [1. 毎日 2. 時々 3. いいえ] |
| Q4 歯をみがくと血がでますか？ | [1. いつも 2. 時々 3. いいえ] | Q16 フッ素入り歯磨き粉（ハミガキ）使っていますか？ | [1. はい 2. いいえ 3. わからない] |
| Q5 血ぐけがはれてブヨブヨしますか？ | [1. いつも 2. 時々 3. いいえ] | Q17 固形ブランまたはワックス（柔ようじ）使っていますか？ | [1. 毎日 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] | Q18 ゆっくりよく噛んで食事をしますか？ | [1. 毎日 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. はい 2. いいえ] | Q19 歯科医院等で歯みがき指導を受けたことはありますか？ | [1. はい 2. いいえ] |
| Q8 仕事が忙しかったり休めず、なかなか歯科医院にいけないことがありますか？ | [1. はい 2. いいえ] | 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. はい 2. いいえ] |

■の状況（歩行歴のうち初経始齢の不要な箇には×を記入）

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

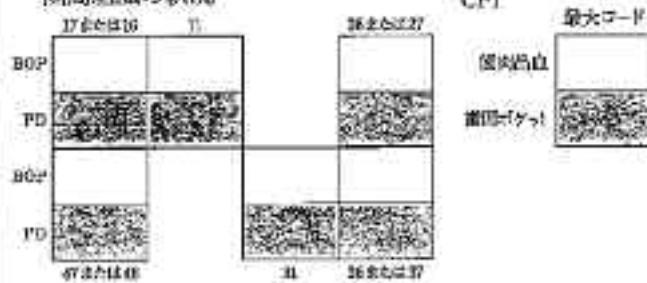
七

七

1. 奇合数(奇数) 2. 本源质数(素数) 3. 奇偶偏数(偶数) 4. 同存质数(1+2+3) 5. 素数对称数(△) 6. 久期质数(●)

1 2 3 4 5 6

専門組織の統合



- | | | | |
|---------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 口腔清掃状態 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 不良 |
| 歯石の付着 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度以上 |
| 歯列・咬合 | <input type="checkbox"/> 所見なし | <input type="checkbox"/> 所見あり | |
| 頸関節 | <input type="checkbox"/> 所見なし | <input type="checkbox"/> 所見あり | |
| 粘膜 | <input type="checkbox"/> 所見なし | <input type="checkbox"/> 所見あり | |
| その他() | | | |
| 革疊疣等 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 要指導 | <input type="checkbox"/> 要精査 |
| 癌瘍名等() | | | |

综合判定：1. 异常值；2. 增强源；3. 病理学-治疗窗

1

診査者
歯科医院名：
施術医師名：