

# 東芝健康保険組合 歯科健診マニュアル

---

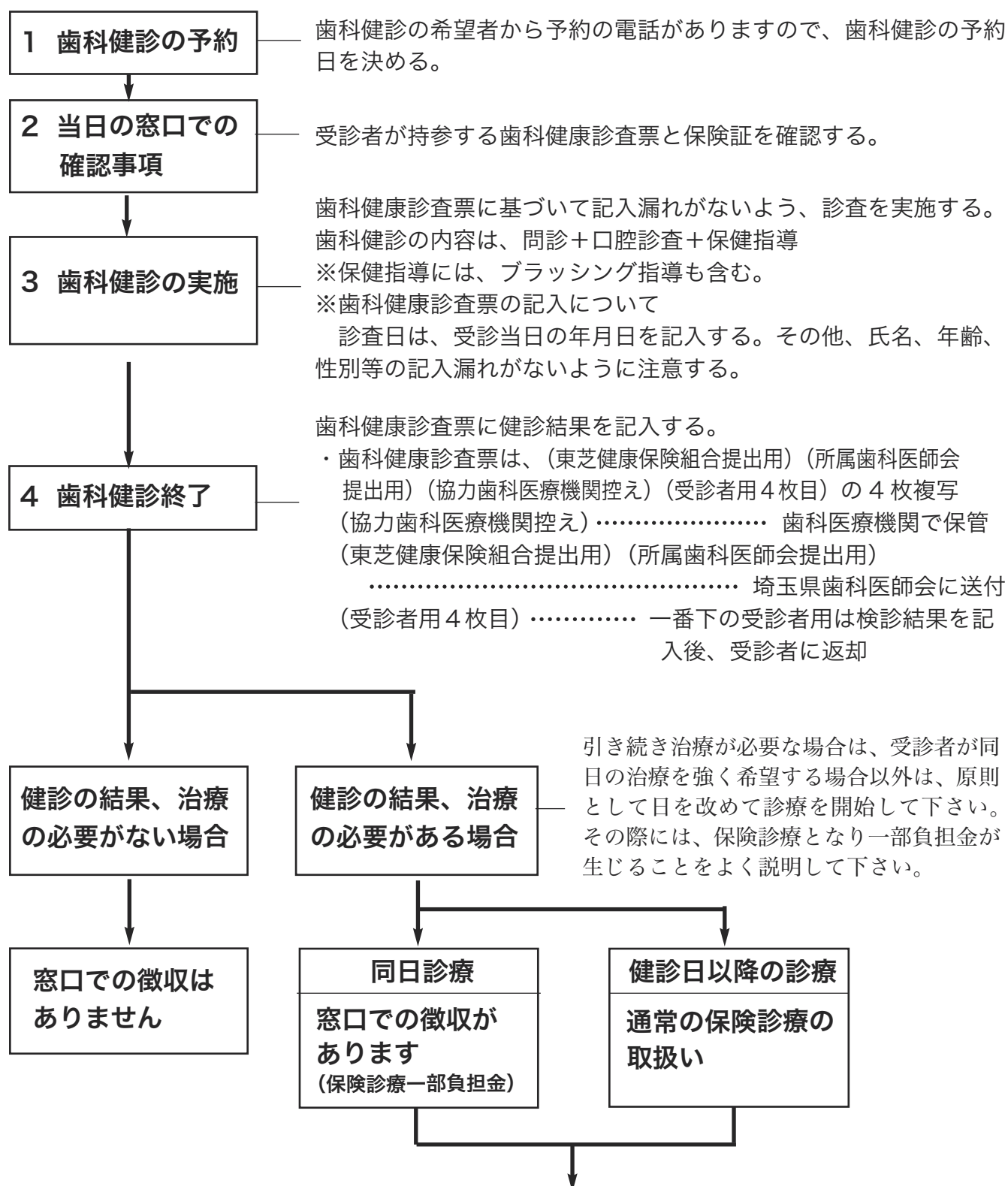
健診期間

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



※どちらの場合も引き続き保険診療を行った場合は、歯科健診より1カ月以内は、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御注意下さい。  
レセプトの摘要欄には、「歯科健診より移行」と御記入下さい。

## 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ください。

## 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	<p>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。</p> <p>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。</p>
【送付先】	<p>埼玉県歯科医師会（TEL 048-829-2323）</p> <p>〒330-0075 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65</p> <p>彩の国すこやかプラザ内</p>
健診の費用	<p><u>受診者から費用徴収はしないでください。</u></p> <p>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。</p> <p><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></p> <p>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、ご注意ください。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。</p>

### 【歯科健診に関するお問い合わせ窓口】

手続等でご不明な点がある場合は下記までお問い合わせください。

東芝健康保険組合

TEL 044-520-7826

## 公的医療保険加入者歯科健康診査票

NO. \_\_\_\_\_

※注 ボールペンで強くお書き下さい。

診査日	年	月	日	保険証記号・番号	
ふりがな				性	男
氏名				別	女
ふりがな				続	入
住所				柄	素
				生	年
				日	
				月	
				日	
				T	E
				L	

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. 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。

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. 発音が気になる 〔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（ ） 〔1. はい 2. いいえ〕

Q2 ご自分の歯は何本ありますか？かぶせた歯（全歯・義歯）。さし歯、欠けが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. 15本以下 2. 20本以上 歯の本数（ ）本〕

Q3 自分の歯また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. 左右両方かめる 2. 片方 3. 両方かめない〕

Q4 歯をみがくと歯がでますか？

〔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. はい 2. いいえ〕

Q8 仕事が忙しかったり休まず、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〕

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〕

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. 糖尿病の治療を受けている 〔1. はい 2. いいえ〕  
 2. 脳卒中の治療を受けている 〔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〕

Q10 家族や周囲の人々は、口顔面の健康に関心がありますか？

〔1. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ〕

Q11 自分の歯には自信があったり、人からはめられたことが

ありますか？ 〔1. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ〕

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. いいえ〕

Q13 朝食（甘い食べ物や飲み物）をしますか？

〔1. 毎日 2. 時々 3. いいえ〕

Q14 たばこを吸っていますか？ 〔1. はい 2. いいえ〕

Q15 夜、寝る前に歯をみがきますか？

〔1. 毎日 2. 時々 3. いいえ〕

Q16 フッ素入り歯磨き剤（ハミガキ）使っていますか？

〔1. はい 2. いいえ 3. わからない〕

Q17 歯間ブラシまたはフロス（糸ようじ）を使っていますか？

〔1. 毎日 2. 時々 3. いいえ〕

Q18 ゆっくりよく噛んで食事をするか？

〔1. 毎日 2. 時々 3. いいえ〕

Q19 歯科医院等で痛みがきつ痛を受けたことはありますか？

〔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〕

歯の状況（喪失歯のうち補綴処置の不要な歯には×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

右

左

1 健全歯数（ノ） 2 本処置歯数（C） 3 処置歯数（○） 4 現在歯数（1+2+3） 5 要補綴歯数（△） 6 欠損補綴歯数（▲）

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

歯周組織の状況

17番または16	11	26番または27
BOP		
PD		
BOP		
PD		
47番または48	31	36番または37

CPI

最大コード
歯肉出血
歯周ポケット

口腔清掃状態

歯石の付着	□なし □軽度 □中等度以上
歯列・咬合	□所見なし □所見あり
顎関節	□所見なし □所見あり
粘膜	□所見なし □所見あり
その他（ ）	
基礎疾患等	□なし □要指導 □要精検
疾患名等（ ）	

総合判定 1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精検・要治療

（

診査者  
 歯科医院名：  
 歯科医師名：