

砥部町告示第88号

令和7年度砥部町妊婦歯科健康診査実施要綱を次のように定める。

令和7年3月28日

砥部町長 古谷崇洋

令和7年度砥部町妊婦歯科健康診査実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条の規定に基づき妊婦に対し歯科健康診査及び歯科保健指導（以下「健診」という。）を実施することにより、妊婦及び生まれてくる子の口腔衛生の向上に寄与し、もって生涯を通じた口腔の健康管理に資することを目的とする。

(対象者)

第2条 この健診の対象者は、健診の受診日において町内に住所を有する者とする。

(医療機関への委託)

第3条 町長は、健診を伊予歯科医師会に委託して実施するものとする。

2 健診への協力を承諾する伊予歯科医師会に加入する医療機関及び歯科医師（以下「指定医療機関」という。）は、承諾書を伊予歯科医師会会長を通じて町長に提出しなければならない。

(健診内容)

第4条 健診の内容は、次のとおりとする。

- (1) 問診
- (2) 口腔内検査

(3) 歯科保健指導

(受診票の交付)

第5条 町長は、対象者から妊娠の届出があった場合は、砥部町妊婦歯科健康診査受診票（医療機関保存用）（様式第1号）を交付するものとする。

(受診方法及び実施回数)

第6条 健診を受けようとする者（以下「受診者」という。）は、直接、指定医療機関に健診予約をした上で、母子健康手帳及び砥部町妊婦歯科健康診査受診票を提出し受診するものとする。

2 健診の実施回数は、1回の妊娠期間につき1回とする。

(指定医療機関の責務)

第7条 健診を実施した指定医療機関（以下「実施機関」という。）は、健診後、受診者に対して砥部町妊婦歯科健康診査結果のお知らせ（受診者用）（様式第2号）を交付し、必要な指導を行うものとする。

(費用の負担)

第8条 健診は、全額公費負担とする。

(委託料)

第9条 健診委託料は、別途業務委託単価契約書（令和7年度砥部町妊婦歯科健康診査業務）で定める。

2 実施機関は、健診を実施した月の翌月10日までに令和7年度砥部町妊婦歯科健診請求書（様式第3号）に砥部町妊婦歯科健康診査受診票（砥部町結果通知用）（様式第4号）及び健診を行った当月分の令和7年度砥部町妊婦歯科健康診査実施報告書（様式第5号）を添付し、町長に請求しなければならない。

3 町長は、前項の請求書の提出があった場合は、その内容を審査し、適当と認めたときは、その日から起算して30日以内に実施機関に当該委託料を支払うものとする。

(健診の実施)

第10条 指定医療機関は、健診の実施に当たっては、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 受診者の安全が確保されるように適切な人員を配置するなど、十分な注意をすること。
- (2) 健診の実施に当たって使用する会場、必要な物品等は、全て健診を実施する指定医療機関が用意すること。
- (3) 町から健診業務の処理状況について求められた場合は、速やかに報告すること。
- (4) 健診中に接する町民には、常に親切・丁寧な対応を心がけること。
- (5) 健診中にトラブル等が発生したときには、直ちに町に連絡し、誠意ある善後策を講じること。
- (6) その他、関係する法令等を遵守すること。

(その他)

第11条 この告示に定めるもののほか、健診業務に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和7年4月1日から施行する。

受診票№

下記妊婦の歯科健康診査を依頼します。

指定医療機関の長様

氏名フリガナ

住所

砥部町

Tel

生年月日昭和・平成

年

月

日

分娩予定日

年

月

日

(妊娠週数 週)

初産・経産

あてはまるところに○をつけ、() 内には必要な事項を記入してください。

1. 歯みがきは1日何回しますか。
a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上
b～dを選んだ方は、1回あたり何分みがきますか。
() 分

2. 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。
a. 毎日 b. 週1回以上 c. 月1～3回 d. 使っていない

3. 過去1年間に歯科検診を受診しましたか。
a. はい b. いいえ

4. かかりつけ歯科医を決めていますか。
a. はい b. いいえ

5. たばこを吸ったことがありますか。
a. 現在吸っている
() 本/日で() 歳から
b. 昔吸っていた
() 本/日で() 歳から() 歳
c. 吸ったことがない

6. 歯周病と関連する病気等について知っているものはありますか。
a. 早産・低出生体重児 b. 糖尿病
c. 心臓病 d. 肺炎
e. 骨粗鬆症 f. その他()

7. 自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください。

現在歯・喪失歯の状況(喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

検査日

年

月

日

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

補綴状況 (Br. 義歯、インプラント)

+

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. 要補綴歯数 (△)

6. 欠損補綴歯数 (▽)

歯肉の状況

7Iまたは6I 1I 16または7

BOP

PD

BOP

PD

7Iまたは6I 1I 16または7

個人コード(最大値) 歯肉出血

歯周ポケット

[歯肉出血BOP]
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]
0: 健全
1: 浅いポケット
2: 深いポケット
9: 除外歯
X: 該当歯なし

口腔清掃状態

1. 良好
2. 普通
3. 不良

歯石の付着
1. なし
2. 軽度(点状)あり
3. 中等度(帯状)以上あり

その他の所見

・歯列咬合
・顎関節
・粘膜
・その他

1. 所見なし
2. 所見あり
1. 所見なし
2. 所見あり
1. 所見なし
2. 所見あり

判定区分

1. 異常なし
・CPI: 歯肉出血0、かつ、歯周ポケット0

2. 要指導
a. CPI: 歯肉出血1、かつ、歯周ポケット0
b. 口腔清掃状態不良
c. 歯石の付着あり(軽度、中等度以上)
d. 生活習慣や基礎疾患、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
a. CPI: 歯周ポケット1
b. CPI: 歯周ポケット2
c. 未処置歯あり
d. 要補綴歯あり
e. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する
f. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)

指導内容・目標

検査者(医療機関)名 (医療機関コード:)

[市町村への連絡事項(個別検診の場合)]

1 検査した医療機関にて指導予定

2 検査した医療機関にて治療・経過観察・定期検診予定

3 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先:)

4 他医療機関(医科)を紹介(紹介先:)

様式第 3 号（第 9 条関係）

令和 7 年度砥部町妊婦歯科健康診査委託料請求書

年 月 日

砥部町長 様

住 所
医療機関名
代 表 者 名

印

年 月分妊婦歯科健康診査委託料として、必要書類を添えて請求します。
記

請求金額 金 円

〈請求内訳〉 @ 円 × 人 = 円

口座振込先

金融機関名	銀 行 信用金庫 組 合	支店名	本 店 支 店 支 所 出張所
口座種別	普通 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義	

砥部町妊婦歯科健康診査受診票

（砥部町結果通知用）

受診票№

フリガナ 氏名	住所 砥部町	TEL
生年月日 昭和・平成 年 月 日		
分娩予定日 年 月 日	(妊娠週数 週)	初産・経産

あてはまるところに○をつけ、()内には必要な事項を記入してください。

1. 歯みがきは1日何回しますか。
a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上
b～dを選んだ方は、1回あたり何分みがきますか
()分

2. 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。
a. 毎日 b. 週1回以上 c. 月1～3回 d. 使っていない

3. 過去1年間に歯科検診を受診しましたか。
a. はい b. いいえ

4. かかりつけ歯科医を決めていますか。
a. はい b. いいえ

7. 自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください。

5. たばこを吸ったことがありますか。
a. 現在吸っている
()本/日で()歳から
b. 昔吸っていた
()本/日で()歳から()歳
c. 吸ったことがない

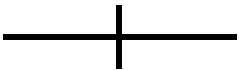
6. 歯周病と関連する病気等について知っているものはありますか。
a. 早産・低出生体重児 b. 糖尿病
c. 心臓病 d. 肺炎
e. 骨粗鬆症 f. その他()

現在歯・喪失歯の状況(喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

検査日 年 月 日

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	

補綴状況 (Br.
義歯、インプラント)



1. 健全歯数 (/)	2. 未処置歯数 (C)	3. 処置歯数 (O)	4. 現在歯数 (1+2+3)	5. 要補綴歯数 (△)	6. 欠損補綴歯数 (△)
----------------	-----------------	----------------	--------------------	-----------------	------------------

歯肉の状況

	7Iまたは6I	1I		16または7
BOP				
PD				
BOP				
PD				
	7Iまたは6I	1I		16または7
個人コード(最大値)	歯肉出血			
	歯周ポケット			

[歯肉出血BOP]

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]

0: 健全
1: 浅いポケット
2: 深いポケット
9: 除外歯
X: 該当歯なし

口腔清掃状態

1. 良好
2. 普通
3. 不良

歯石の付着
1. なし
2. 軽度(点状)あり
3. 中等度(帯状)以上あり

その他の所見

・歯列咬合	1. 所見なし	2. 所見あり
・顎関節	1. 所見なし	2. 所見あり
・粘膜	1. 所見なし	2. 所見あり
・その他		

判定区分

1. 異常なし

・CPI: 歯肉出血0、かつ、歯周ポケット0
2. 要指導

a. CPI: 歯肉出血1、かつ、歯周ポケット0

b. 口腔清掃状態不良

c. 歯石の付着あり(軽度、中等度以上)

d. 生活習慣や基礎疾患、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

a. CPI: 歯周ポケット1

b. CPI: 歯周ポケット2

c. 未処置歯あり

d. 要補綴歯あり

e. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する

f. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)

指導内容・目標

検査者(医療機関)名 (医療機関コード:)	
[市町村への連絡事項(個別検診の場合)]	
1 検査した医療機関にて指導予定	
2 検査した医療機関にて治療・経過観察・定期検診予定	
3 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先:)	
4 他医療機関(医科)を紹介(紹介先:)	

1枚目は歯科医院で保存して、2枚目は砥部町保健センターに提出、3枚目は受診者の方に渡してください。

様式第5号（第9条関係）

令和7年度砥部町妊婦歯科健康診査実施報告書（ 年 月分）

年 月 日

砥部町長 様

住 所
医療機関名
代 表 者 名

年 月に実施した妊婦歯科健康診査について下記のとおり報告します。

記

単価	健診実施人数	請求金額
円	人	金 円