

令和8年度砥部町妊婦歯科健康診査実施要綱

砥部町告示第91号

令和8年3月31日

(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妊婦とする。

(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問診票

(以下「問診票」という。)(医療機関保存用)(様式第1号)及び砥部町妊婦歯科健康診査受診票(以下「受診票」という。)(医療機関保存用)(様式第2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、母子健康手帳及び問診票及び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3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8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8年度砥部町妊婦歯科健康診査委託料請求書(様式第4号)に問診票(砥部町結果通知用)(様式第5号)及び受診票(砥部町結果通知用)(様式第6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8年4月1日から施行する。

受診票№

砥部町妊婦歯科健康診査問診票

(医療機関保存用)

(受診者記入欄)

フリガナ				住所	砥部町		電話番号		
氏名				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()		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	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()	
妊娠週数	妊娠	週	既往分娩	初産	経産	分娩予定日	令和 年 月 日		

以下のQ. 1～Q. 17の各質問について、「回答」欄のあてはまる番号に○をつけてください。

質問	回答
1. 歯や口の中の状況等についてお伺いします。	
Q. 1 現在、ご自分の歯や口、あごの状態でご気になることはありますか。	1. ない 2. ある
①【Q. 1で「2. ある」とお答えになった方 あてはまるものすべてに○をつけてください。	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 6. かみ具合 7. 口の渇き 8. あごの痛み 9. 歯ざしりや食いしばりなどの習癖 10. その他()
②【上記質問で「5. 歯ぐきの状態・痛み」とお答えになった方 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 痛みがある 2. 歯をみがくと血が出る 3. はれてブヨブヨする 4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がぐらぐらする
Q. 2 自分は歯周病だと思いますか。	1. 思わない 2. 思う
Q. 3 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
Q. 4 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1. しみない 2. 時々しみる 3. いつもしみる
Q. 5 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. いいえ 2. はい
Q. 6 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
2. 日頃の生活習慣等についてお伺いします。	
Q. 7 歯をみがく頻度はどのくらいですか。	毎日みがく (1. 1回 2. 2回 3. 3回以上) 4. ときどきみがく 5. みがかない
Q. 8 【Q. 7で「5. 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、あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他()
Q. 9 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
Q. 10 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
Q. 11 たばこを吸っていますか。	1. 吸っていない 2. 吸っている
3. 歯科の健(検)診や治療の状況等についてお伺いします。	
Q. 12 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。	1. 半年以内 2. 1年以内 3. 1年以上行っていない
①【Q. 12で「1.半年以内」または「2.1年以内」とお答えになった方 どのような目的で行きましたか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	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【Q. 12で「1.半年以内」または「2.1年以内」とお答えになった方 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
Q. 13 かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい 2. いいえ
Q. 14 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
4. その他	
Q. 15 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。	1. 早産・低出生体重児 2. 糖尿病 3. 心臓病 4. 肺炎 5. 骨粗鬆症 6. その他()
Q. 16 次の病気について、指摘されたことがありますか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	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()
Q. 17 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。	

受診票№

砥部町妊婦歯科健康診査受診票

(医療機関保存用)

下記妊婦の歯科健康診査を依頼します。 砥部町長 指定医療機関の長 様

氏名： 診査日：西暦 年 月 日

実施体制：①歯科医師()人 ②歯科衛生士()人 ③左記以外()人 診査所要時間：()分

以下は診査時に診査者が記入してください。※回答欄は太枠です。

(I) 歯の状況

Table with 17 columns for teeth 18-38 and 2 rows for upper and lower arches.

Summary table for dental status including categories like 健全歯, 未処置歯, 喪失歯, and DMF index.

(II) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無

1. なし 2. あり (II)

(III) 歯肉の状況(永久歯列) 【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

- ①歯肉出血(BOP) ②歯周ポケット(PD) Legend for BOP and PD.

Grid for recording BOP and PD for teeth 17, 11, 26, 47, 31, 36.

(III)①歯肉出血 最大コード

(III)②歯周ポケット 最大コード

③歯石の付着状況

1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり (III)③

(IV) 歯列・咬合の状況

1. 所見なし 2. 所見あり (IV)

(V) 顎関節の症状

1. 所見なし 2. 所見あり (V)

(VI) 口腔粘膜

①粘膜の色 ②粘膜の形状 1. 所見なし 2. 所見あり

(VII)その他 (VI)① (VI)②

(VII) 口腔衛生状態

1. 良好 2. 普通 3. 不良 (VII)

判定区分 ※ 1~3のいずれかに○をつけ、2要指導の場合、又は3精密検査の場合は、それぞれの判定の理由a~c又はa~iの該当するものに○をつけること

Table with 3 columns for 1. 異常なし, 2. 要指導, 3. 要精密検査 and their respective reasons.

指導内容・目標 医療機関名【医療機関コード】

【市町村への連絡事項(個別健診の場合)】 1. 健診を行った医療機関において指導予定 2. 健診を行った医療機関において治療予定 3. 他医療機関(歯科)を照会(紹介先) 4. 他医療機関(医科)を照会(紹介先)

様式第4号（第9条関係）

令和8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	

受診票№

砥部町妊婦歯科健康診査問診票

(砥部町結果通知用)

フリガナ				住所	砥部町		電話番号		
氏名				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()		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	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()	
妊娠週数	妊娠	週	既往分娩	初産	経産	分娩予定日	令和 年 月 日		

以下のQ. 1～Q. 17の各質問について、「回答」欄のあてはまる番号に○をつけてください。

質問	回答
1. 歯や口の中の状況等についてお伺いします。	
Q. 1 現在、ご自分の歯や口、あごの状態でご気になることはありますか。	1. ない 2. ある
①【Q. 1で「2. ある」とお答えになった方】 あてはまるものすべてに○をつけてください。	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 6. かみ具合 7. 口の渇き 8. あごの痛み 9. 歯ざしりや食いしばりなどの習癖 10. その他()
②【上記質問で「5. 歯ぐきの状態・痛み」とお答えになった方】 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 痛みがある 2. 歯をみがくと血が出る 3. はれてブヨブヨする 4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がぐらぐらする
Q. 2 自分は歯周病だと思いますか。	1. 思わない 2. 思う
Q. 3 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
Q. 4 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1. しみない 2. 時々しみる 3. いつもしみる
Q. 5 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. いいえ 2. はい
Q. 6 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
2. 日頃の生活習慣等についてお伺いします。	
Q. 7 歯をみがく頻度はどのくらいですか。	毎日みがく (1. 1回 2. 2回 3. 3回以上) 4. ときどきみがく 5. みがかない
Q. 8 【Q. 7で「5. 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、あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他()
Q. 9 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
Q. 10 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
Q. 11 たばこを吸っていますか。	1. 吸っていない 2. 吸っている
3. 歯科の健(検)診や治療の状況等についてお伺いします。	
Q. 12 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。	1. 半年以内 2. 1年以内 3. 1年以上行っていない
①【Q. 12で「1.半年以内」または「2.1年以内」とお答えになった方】 どのような目的で行きましたか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	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【Q. 12で「1.半年以内」または「2.1年以内」とお答えになった方】 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
Q. 13 かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい 2. いいえ
Q. 14 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
4. その他	
Q. 15 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。	1. 早産・低出生体重児 2. 糖尿病 3. 心臓病 4. 肺炎 5. 骨粗鬆症 6. その他()
Q. 16 次の病気について、指摘されたことがありますか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	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()
Q. 17 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。	

受診票№

砥部町妊婦歯科健康診査受診票

(砥部町結果通知用)

下記妊婦の歯科健康診査を依頼します。

砥部町長

指定医療機関の長 様

氏名：

診査日：西暦 年 月 日

実施体制：①歯科医師()人 ②歯科衛生士()人 ③左記以外()人 診査所要時間：()分

以下は診査時に診査者が記入してください。※回答欄は太枠です。

(I) 歯の状況

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

健全歯(/)	未処置歯(C, R, RC)		処置歯(○)	現在歯数	喪失歯(△、⊖)		DMF歯数
	C: 歯冠部のう蝕 R: 根面部のう蝕 RC: 根面部+歯冠部	うちCのみの未処置歯			△: 要補綴歯 ⊖: 義歯、ボンティックインプラント	うち△要補綴歯	
①	②	③	④	①+②+④	⑤	⑥	②+④+⑤

(II) 補綴治療の必要がある欠損部位の有無

1. なし 2. あり

(II)

(III) 歯肉の状況(永久歯列)

【対象】以下の6歯 ※前歯部の対象歯が欠損している場合は、反対側同名歯を検査対象とする。

- ①歯肉出血(BOP)
 - : 健全
 - 1: 出血あり
 - 9: 除外歯
 - X: 該当歯なし
- ②歯周ポケット(PD)
 - : 4mm未満
 - 1: 4mm以上6mm未満
 - 2: 6mm以上
 - 9: 除外歯
 - X: 該当歯なし

BOP	17または16	11	26または27
PD			
BOP	47または46	31	36または37
PD			

(III)①歯肉出血 最大コード

(III)②歯周ポケット 最大コード

③歯石の付着状況

1. なし 2. 軽度(点状)あり 3. 中等度(帯状)以上あり

(III)③

(IV) 歯列・咬合の状況

1. 所見なし 2. 所見あり

(IV)

(V) 顎関節の症状

1. 所見なし 2. 所見あり

(V)

(VI) 口腔粘膜

①粘膜の色

1. 所見なし 2. 所見あり

(VII)その他

(VI)①

②粘膜の形状

1. 所見なし 2. 所見あり

(VI)②

(VII) 口腔衛生状態

1. 良好 2. 普通 3. 不良

(VII)

【判定区分】 ※ 1~3のいずれかに○をつけ、2要指導の場合、又は3精密検査の場合は、それぞれの判定の理由a~c又はa~iの該当するものに○をつけること

1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査
(判定理由) CPI 歯肉出血0(なし) かつ歯周ポケット0(なし)	(判定理由) a. CPI歯肉出血1(あり) かつ歯周ポケット0(なし) 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	(判定理由) 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 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) g. 習慣的に喫煙している 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 i. 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

医療機関名【医療機関コード】

【 】

【市町村への連絡事項(個別健診の場合)】

- 1. 健診を行った医療機関において指導予定
- 2. 健診を行った医療機関において治療予定

- 3. 他医療機関(歯科)を照会(紹介先:)
- 4. 他医療機関(医科)を照会(紹介先:)

1枚目は歯科医院で保存して、2枚目は砥部町に提出、3枚目は受診者へお渡しください。

砥部町