

120-0851
静岡県静岡市葵区黒金町 1 2 3 番地

後期 太郎 様
00001

カスタマーコード

〒420-0851
静岡市葵区黒金町 59 番地の 7
ニッセイ静岡駅前ビル 3 階
静岡県後期高齢者医療広域連合 事業企画室
電話 054-270-5526

別紙 1 (表面)

令和 7 年度後期高齢者歯科健診の実施について

- 後期高齢者歯科健診は**任意の健診**です。
※すでに歯科治療を継続している方や定期検診を実施している方は、かかりつけの歯科医師とご相談のうえ受診してください。
- 対象者は令和 7 年 4 月 1 日時点で **75 歳・80 歳** で静岡県後期高齢者医療の資格のある方です。
※75 歳・・・昭和 24 年 4 月 2 日から昭和 25 年 4 月 1 日生まれの方
80 歳・・・昭和 19 年 4 月 2 日から昭和 20 年 4 月 1 日生まれの方
- ※寝たきり・つかまり立ち（一時的な状態を除く）など、通院困難な方に限り在宅にて訪問健診が可能です。なお、訪問歯科健診が可能な医療機関は別紙実施機関一覧表をご確認ください。
- ※**病院又は診療所に 6 月以上継続して入院している方、及び高齢者の医療の確保に関する法律第 55 条第 1 項第 2 号から第 5 号までに規定する施設に入所又は入居している方については、歯科健診の対象外です。**受診券が届いても受診できませんので、御注意ください。
- 受診可能期間は**令和 7 年 9 月 1 日から令和 8 年 2 月 28 日まで**です。
- 費用は**原則無料**です。
※ただし健診時、治療が必要と判断された場合には費用がかかる可能性があります。
- 歯科健診を受診する前には、歯科医院へ**電話予約**をしてください。
- この歯科健診事業は一般社団法人静岡県歯科医師会に委託しています。そのため、健診可能な歯科医院は、**静岡県歯科医師会に登録している歯科医院に限ります**。健診可能な歯科医院は別紙実施機関一覧表でご確認ください。
- 受診する際は、**受診券**と**マイナ保険証または資格確認書証**を窓口へ提出してください。受診券については**事前に質問票を記入し、ミシン目で切り取って提出**をお願いします。

令和 7 年度 静岡県後期高齢者歯科健診受診券

広域
公印

静岡県後期高齢者医療広域連合

保 険 者 番 号		氏 名			
被保険者番号		生 年 月 日		性 別	

歯科健診の前に以下の質問にご回答ください。

質 問		回 答
1	次のいずれかの病気で現在治療を受けている、もしくは過去に治療を受けたものがありますか。該当するもの全てに○を付けてください。	1. 糖尿病 2. 脳血管疾患 3. 心臓病 4. 骨粗鬆症 5. 高血圧症 6. 脂質異常症 7. 肺疾患（肺炎を含む） 8. がん
2	ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか。該当するもの全てに○を付けてください。	1. 噛み具合 2. 痛み 3. 口臭 4. 口の渇き 5. 発音 6. 見た目 7. 飲み込みにくい 8. 歯科治療が中断している 9. 入れ歯の具合が悪い
3	かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい（最終治療日 年 月） 2. いいえ
4	年に 1 回以上は歯科医院で定期検診を受けていますか。	1. はい 2. いいえ
5	現在の健康状態はいかがですか。	1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない
6	毎日の生活に満足していますか。	1. 満足 2. やや満足 3. やや不満 4. 不満
7	1 日 3 食きちんと食べていますか。	1. はい 2. いいえ
8	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. はい 2. いいえ
9	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. はい 2. いいえ
10	半年間で 2 ～ 3 kg 以上の体重減少がありましたか。	1. はい 2. いいえ
11	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	1. はい 2. いいえ
12	この 1 年間に転んだことがありますか。	1. はい 2. いいえ
13	ウォーキング等の運動を週に 1 回以上していますか。	1. はい 2. いいえ
14	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	1. はい 2. いいえ
15	今日が何月何日かわからない時がありますか。	1. はい 2. いいえ
16	あなたはたばこを吸いますか。	1. はい 2. いいえ
17	週に 1 回以上は外出していますか。	1. はい 2. いいえ
18	ふだんから家族や友人とつきあいがありますか。	1. はい 2. いいえ
19	体調がわるいときに、身近に相談できる人がいますか。	1. はい 2. いいえ
20	次年度も歯科健診を含む保健指導を希望しますか。	1. はい 2. いいえ

別紙 1 （裏面）

令和7年度 後期高齢者歯科健診票
【有効期間:令和7年9月1日～令和8年2月28日】

医療機関記載

医療機関コード	2 2 3									受診日	令和	年	月	日				
医療機関名										被保険者名								
保険者番号										被保険者番号								

・在宅訪問にて歯科健診を実施した場合は訪問時間等の記入をお願いします

訪問時間	～
要介護度又は理由	

・要介護度又は通院困難な理由(寝たきり・つかりなど)・認知症による通院困難等)を記入してください

■ 歯と歯周組織の状態

歯肉出血CPI		歯肉出血CPI		歯肉出血CPI	
歯周ポケットCPI		歯周ポケットCPI		歯周ポケットCPI	

【歯式記載例】

健全歯 /
処置歯 ○
未処置歯 C
喪失歯 × △ ⊙

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

歯肉出血CPI		歯肉出血CPI		歯肉出血CPI	
歯周ポケットCPI		歯周ポケットCPI		歯周ポケットCPI	

健全歯	本
処置歯	本
未処置歯	本

■ CPIコード(最大値)	歯肉出血 (0 ・ 1 ・ 9 ・ ×)	
	歯周ポケット (0 ・ 1 ・ 2 ・ 9 ・ ×)	
■ 義歯の状況	1 使用している 2 使用していない(持っていない)	
上記で1と回答 ⇒	適合状況 (a 良好 b 不適合 c 破損)	
	清掃状態 (a 良好 b 普通 c 要注意)	
	義歯装着による臼歯部での咬み合わせ 右(aあり bなし) 左(aあり bなし)	
上記で2と回答 ⇒	必要性 (a あり b なし)	
	現在歯による臼歯部での咬み合わせ 右(aあり bなし) 左(aあり bなし)	
■ 咀嚼能力	1 強い 2 弱い 3 なし	
■ 舌機能	1 良好 2 要注意 3 不明	
■ 嚥下機能	1 良好 2 要注意 3 不明	
■ 口腔乾燥	1 正常 2 軽度 3 中等度 4 重度	
■ 粘膜の異常	1 なし 2 あり【所見: 】	
■ 口腔衛生状態	プラークの付着 1 殆どなし 2 中等度 3 多量 4 現在歯なし	
	食 渣 1 殆どなし 2 中等度 3 多量	
	舌 苔 1 殆どなし 2 中等度 3 多量	
	口 臭 1 殆どなし 2 弱い 3 強い	
＜総合判定＞ 1つのみ選択	1 異常なし 2 要指導 3 要治療 4 その他	
上記で【2 要指導】と回答した場合(1つのみ選択)	a 口腔清掃 e その他【 b 義歯管理 c 食事指導 d 歯周疾患 】	
上記で【3 要治療】と回答した場合(1つのみ選択)	a 歯周疾患 e その他【 b う蝕 c 義歯 d 口腔ケア 】	
75歳または76歳の受診者で、翌年からオーラルフレイル対策の必要があると判断された場合は、回答欄に「1」を記入		