



### 令和8年度後期高齢者オーラルフレイル対策事業の実施について

- 対象者は前年度のオーラルフレイル対策事業対象者で77歳から79歳の方と令和8年4月1日現在76歳で前年度の後期高齢者歯科健診結果により、オーラルフレイルのリスクが高い方です。
- 受診可能期間は令和8年9月1日から令和8年12月31日までです。
- 費用は原則無料です。  
※ただし、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。
- オーラルフレイル対策を受診する前には、歯科医院へ電話予約をしてください。
- このオーラルフレイル対策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、事業可能な歯科医院は、静岡県歯科医師会に登録している歯科医院に限ります。**事業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、今回送られてきた封筒の中身一式とマイナ保険証または資格確認書を窓口へ提出してください。  
※封筒の中身一式・・・受診券 (事前に質問票を記入してください、ミシン目で切り取って提出)、指導パンフレット (A3)、実施機関一覧表、受診啓発パンフレット (A4)

### 令和8年度 静岡県後期高齢者オーラルフレイル対策受診券

広域  
公印

1 宛名・受診券出力項目イメージ図 (表面 右)

1.KKKRSY\_IRHKS\_BNG 静岡県後期高齢者医療広域連合

3.HHS\_SHMKJ

保険者番号 氏名

被保険者番号 生年月日 性別

2.HHS\_BNG 受診の前に以下の質問 5.HHS\_BRTH\_YMD 6.HHS\_SEX\_CD

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 現在飲んでいる薬や貼り薬はありますか。	1.ある 2.ない
3 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
4 前回、いつ歯科健診を受けましたか。	1.半年以内 2.1年未満 3.1年以上前 4.受けていない
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2~3kg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言われていませんか。	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 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 健診後に電話による健康相談の希望はありますか。ご希望の方は日中に連絡可能な電話番号をご記入ください。	1.ある TEL( - - ) 2.ない