中城村歯周疾患検診事業実施要綱の一部を改正する訓令をここに公布する。

令和８年11月５日

中城村長　　比　嘉　麻　乃

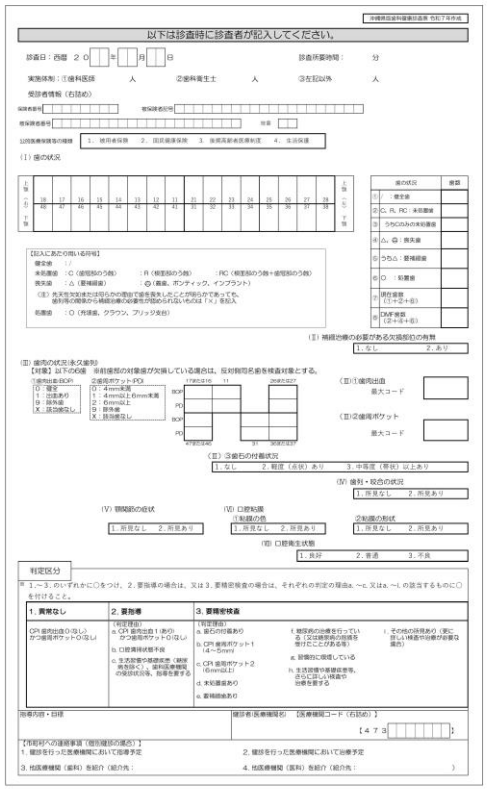
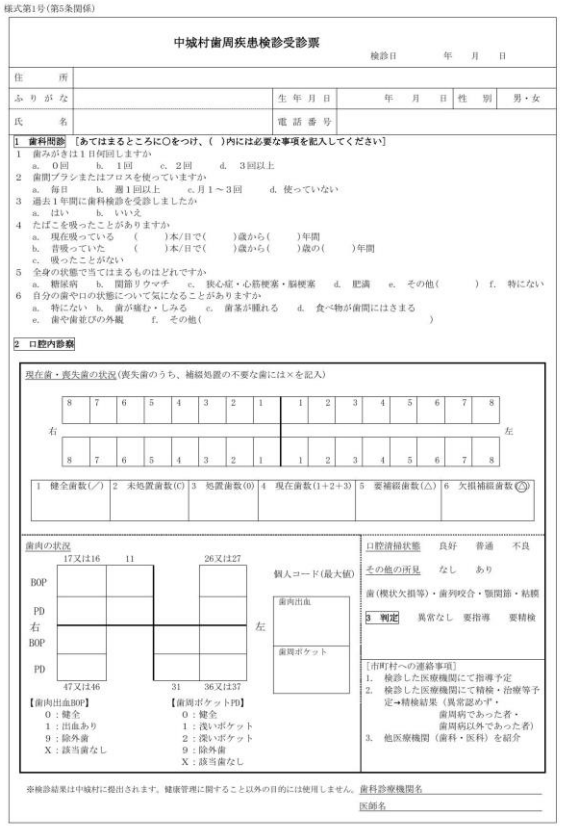
沖縄県中頭郡中城村長之印

中城村訓令第34号

中城村歯周疾患検診事業実施要綱の一部を改正する訓令

中城村歯周疾患検診事業実施要綱の一部を改正する訓令

中城村歯周疾患検診事業実施要綱（令和元年中城村告示第11号）の一部を次のように改正する。

<table>
<tr><th>改正後</th><th>改正前</th></tr>
<tr><td>（様式第1号（第5条関係）<br><br></td><td>（様式第1号（第5条関係）<br></td></tr>
</table>

附　則

この訓令は、公布の日から施行し、令和８年４月１日から適用する。

様式第1号（第5条関係）

| 市町村コード | 4 7 | 3 | 2 | 8 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 整理番号 | | | | | |

（右詰め）

受診者記入欄

# 中城村歯周疾患検診受診票

**住所：** 沖縄県中城村字

**氏名：**　　**生年月日（西暦）：**　　年　　月　　日　　**連 絡 先:**

| 性　別 | 1. 男性　2. 女性 |
|---|---|

| 職業等 | 1. 会社員　2. 自営業者　3. 学生　4. 無職　5. その他（　　） |
|---|---|

以下のQ.１～Q.18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。　特に断りのない場合、○は1つだけつけてください。

| | |
|---|---|
| **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】<br>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<br>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<br>9. 歯ぎ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】<br>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<br>3. はれてブヨブヨする　4. 歯ぐきが下がっている<br>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<br>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<br>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 |
| Q. 7　口の渇きが気になりますか。 | 1. いいえ　2. はい |
| Q. 8　普段の会話で言葉をはっきりと発音できないことがありますか。 | 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. 9　歯をみがく頻度はどのくらいですか。<br>（歯が全くない人は回答不要です） | 毎日みがく（1. 1回　2. 2回　3. 3回以上）<br>4. ときどきみがく　5. みがかない |
| Q. 10　【Q.9】で「5. みがかない」以外をお答えになった方<br>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<br>5. その他（　　） |
| Q. 11　歯間ブラシまたはフロスを使ってますか。 | 1. 毎日　2. 時々　3. いいえ |
| Q. 12　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. 13　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. 吸っていた |
| **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. 14　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. 14で「1.半年以内」または「2. 1年以内」とお答えになった方】<br>どのような目的で行きましたか。<br>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<br>3. 予防（フッ化物塗布、歯の清掃など）　4. その他 |
| ②【Q. 14で「1.半年以内」または「2.1年以内」とお答えになった方】<br>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. 15　かかりつけの歯科医院がありますか。 | 1. はい　2. いいえ |
| Q. 16　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. 17　次の病気について、指摘されたことがありますか。<br>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）<br>5. 狭心症･心筋梗塞･動脈硬化症　6. 呼吸器疾患　7. その他 |
| Q. 18　【女性の方にお伺いします。】<br>現在、妊娠していますか。<br>（その可能性がある場合も含みます。） | 1. はい　2. いいえ |

検査結果等は、この検診の実施主体である中城村や沖縄県において結果を集計する等して、今後の皆様の歯と口腔の健康づくりに役立てさせていただくことを予定しておりますのでご了承願います。

沖縄県版歯科健康診査票 令和７年作成

# 以下は診査時に診査者が記入してください。

診査日：西暦　２０　　年　　月　　日　　診査所要時間：　　分

実施体制：①歯科医師　　人　　②歯科衛生士　　人　　③左記以外　　人

受診者情報（右詰め）

保険者番号　　被保険者記号

被保険者番号　　枝番

公的医療保険等の種類　1．被用者保険　2．国民健康保険　3．後期高齢者医療制度　4．生活保護

（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） |
| 下顎 | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 下顎 |

【記入にあたり用いる符号】

健全歯　：/

未処置歯　：C（歯冠部のう蝕）　：R（根面部のう蝕）　：RC（根面部のう蝕＋歯冠部のう蝕）

喪失歯　：△（要補綴歯）　：㋭（義歯、ポンティック、インプラント）

（注）先天性欠如または何らかの理由で歯を喪失したことが明らかであっても、歯列等の関係から補綴治療の必要性が認められないものは「×」を記入

処置歯　：○（充填歯、クラウン、ブリッジ支台）

| 歯の状況 | | 歯数 |
|---|---|---|
| ① | /　：健全歯 | |
| ② | C、R、RC：未処置歯 | |
| ③ | うちCのみの未処置歯 | |
| ④ | △、㋭：喪失歯 | |
| ⑤ | うち△：要補綴歯 | |
| ⑥ | ○　：処置歯 | |
| ⑦ | 現在歯数（①＋②＋⑥） | |
| ⑧ | DMF歯数（②＋④＋⑥） | |

（Ⅱ）補綴治療の必要がある欠損部位の有無

1．なし　　2．あり

（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)
0：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)
0：4mm未満
1：4mm以上6mm未満
2：6mm以上
9：除外歯
X：該当歯なし

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

（Ⅲ）①歯肉出血　最大コード

（Ⅲ）②歯周ポケット　最大コード

（Ⅲ）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

（Ⅳ）歯列・咬合の状況

1．所見なし　　2．所見あり

（Ⅴ）顎関節の症状

1．所見なし　　2．所見あり

（Ⅵ）口腔粘膜

①粘膜の色

1．所見なし　　2．所見あり

②粘膜の形状

1．所見なし　　2．所見あり

（Ⅶ）口腔衛生状態

1．良好　　2．普通　　3．不良

## 判定区分

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

| 1. 異常なし | 2. 要指導 | 3. 要精密検査 | | |
|---|---|---|---|---|
| CPI 歯肉出血０(なし)<br>かつ歯周ポケット０(なし) | （判定理由）<br>a. CPI 歯肉出血１(あり)<br>かつ歯周ポケット０(なし)<br>b. 口腔清掃状態不良<br>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）<br>a. 歯石の付着あり<br>b. CPI 歯周ポケット１（4～5mm）<br>c. CPI 歯周ポケット２（6mm以上）<br>d. 未処置歯あり<br>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）<br>g. 習慣的に喫煙している<br>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 | 健診者(医療機関名)　【医療機関コード（右詰め）】<br>【４７３　　】 |
|---|---|

【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）を紹介（紹介先：　　）　　4. 他医療機関（医科）を紹介（紹介先：　　）