歯科医院　御中

パーソルキャリア健康保険組合
〒107-0062
東京都港区南青山1-15-5　パーソル南青山ビル
TEL: 03-6385-0790

【当組合加入者の歯科健診のお願い】

当組合では、疾病予防の一環として被保険者・被扶養者を対象に「歯科健診費用の補助」を実施しております。このたび、対象者が貴医院での受診を希望いたしましたので、下記のとおり歯科健診を実施してくださいますようお願い申し上げます。

敬具

記

1.歯科健診項目について

・補助対象項目：**虫歯・歯周病等の検査・ブラッシング指導**

※受診者が持参した「歯科健診票」に記載の項目の健診をお願いいたします。

・補助対象外項目：**クリーニング（歯石除去等）・ホワイトニング・物品購入費用（歯ブラシ・フロス等）**

2.健診費用の支払いおよび領収書への記載について

・健診費用は受診者が全額お支払いいたします。**「領収書」は健診代であること且つ、自費診療であることが分かる**ように記載をお願いいたします。

・健診費用以外で、受診者の費用負担が発生する場合は、事前に受診者の了承を得てください。**補助対象外項目**を自費診療・保険診療どちらで算定するかは、貴医院のご判断でお願いいたします。

・当組合では健診費用の全額を自己負担した場合（自費診療）を補助対象としているため、**補助対象外項目**を**自費**で行った場合は、**明確にその費用と健診費用の内訳が分かるように明細を記入してください。**

3.診療に移行した場合の保険取扱いについて

・健診の結果、治療が必要となった場合は「保険診療」への切り替えをお願いします。その場合は、受診者へその旨をご説明いただき、必ず受診者の了承を得たうえで治療を開始して下さい。なお、レセプトの摘要欄へは「健診からの移行」とご記入いただき、初診料は算定しないようお願いします。健診の翌日以降に治療に入る場合には、再診料での算定をお願いいたします。

以　上

歯科健診票

（ご本人様記入欄）

No.

記号		番号		氏名	ふりがな	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
受診日	令和　　年　　月　　日					性別	1．男性　2．女性			

〔あてはまるところに○をつけ、(　)内には必要な事項を記入ください〕

○過去１年間に歯科健診を受診しましたか

a．はい　　b．いいえ

○歯間ブラシまたはフロスを使っていますか

a．0回　b．週１回以上　c．月１～３回　d．使っていない

○歯磨きは１日何回していますか

a．0回　b．１回　c．２回　d．３回以上

○洗口剤を使用している

a．いいえ　b．毎日　c．週１回以上　d．月１回程度

○リステリンの使用　a.ある　b.なし

○定期歯科健診を受けていますか

a．はい　b．いいえ

○たばこを吸っていますか

a．吸っている　b．吸っていない

○全身の状態であてはまるものはどれですか。(治療中も含む)

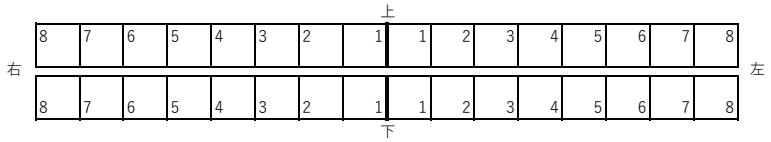
1．該当なし　2．該当あり（以下から選択）

a．糖尿病　b．高血圧
c．脂質異常　d．BMI25以上
e．心疾患　f．肝疾患
g．妊娠　h．その他（　　）

○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

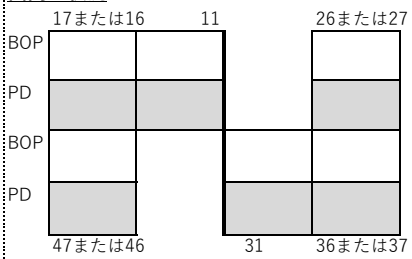
（医療機関記入欄）　保険適用とした場合は当組合の補助対象外です。

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）



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

歯肉の状況



〔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

判定区分

1．異常なし　2．要指導　3．要精密検査

指導内容・目標

※歯磨き指導（歯ブラシ・歯間部清掃法の実施指導をお願いいたします。）

検査者（医療機関）名

印

提出先：パーソルキャリア健康保険組合