

【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いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 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、全額受診者がお支払いいたします。**「領収書」は健診代であること及び自費診療であることがわかる**ように記載をお願いいたします。

2. 健診項目について

当組合が補助する健診項目は、**虫歯、歯周病等の検査とブラッシング指導など、すべて自費診療したものに限り****ます。受診者が、当健保所定健診票を持参しておりますので、その項目の健診をお願いします。**

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いたします。

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します。

4. その他

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。

歯石除去や、ホワイトニングといった健診とは別の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、その明細を記入してください。

以 上

【 歯科健診に関するお問い合わせ先 】

〒107-0062

東京都港区南青山1-15-5 パーソル南青山ビル

パーソルキャリア健康保険組合

TEL: 03-6385-0790

Email : info@persol-career-kenpo.or.jp

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						○定期歯科健診を受けていますか				
a. はい b. いいえ						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						○たばこを吸っていますか				
a. 0回 b. 週1回以上 c. 月1～3回 d. 使っていない						a. 吸っている b. 吸っていない				
○歯磨きは1日何回していますか						○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)				
a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上						1. 該当なし 2. 該当あり(以下から選択)				
○洗口剤を使用している						a. 糖尿病 b. 高血圧				
a. いいえ b. 毎日 c. 週1回以上 d. 月1回程度						c. 脂質異常 d. BMI25以上				
○リスレリンの使用 a.ある b.なし						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)

上															
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
右								左							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
下															
1.健全歯数 (/)		2.未処置歯数 (C)		3.処置歯数 (O)		4.現在歯数 (1+2+3)		5.要補綴歯数 (△)		6.欠損補綴歯数 (○)					

歯肉の状況

	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

〔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