

幼稚園・保育所(園)等施設用

令和 4 年度

4・5歳児歯科検診の手引き



イラスト協力 Yuriko.R.

必ずご一読ください。
お申し込み先は各歯科医師会です。

令和4年4月

北九州市保健福祉局健康推進課(口腔保健支援センター)
電話 093-582-2018

はじめに

この事業は一般社団法人北九州市歯科医師会に委託していますので、歯科医師会所属の先生が歯科検診を実施します。

1. 対象者

北九州市内の幼稚園、保育所(園)等に在園(所)中の4歳児及び5歳児です。

4歳児:令和4年4月1日現在で満4歳以上満5歳未満(年中)のお子さん

5歳児:令和4年4月1日現在で満5歳以上満6歳未満(年長)のお子さん

【ご注意】1歳6か月児(～2歳未満)、3歳児(～4歳未満)のお子さんについて

母子健康手帳に登録歯科医療機関[※]で受診できる無料受診券がついています。お近くの登録歯科医療機関に母子健康手帳をご持参の上、歯科健診を受診されるよう、ご指導ください。

この事業をお願いしている一般社団法人北九州市歯科医師会との決まりにより、1歳6か月児、3歳児の歯科健診は、市内の登録歯科医療機関で受診することになっていますので、4・5歳児歯科検診の時に一緒に行くことはできません。ご理解いただきますよう、よろしくお願いいたします。

※ 市内登録歯科医療機関について、北九州市ホームページの「市内登録歯科医療機関」ページに掲載しています。ご不明な点等ございましたら、北九州市保健福祉局健康推進課へ電話(582-2018)またはメール(代表アドレス ho-kenkou@city.kitakyushu.lg.jp)にてお問い合わせください。



2. 検診内容

むし歯の有無や口腔内に異常がないかどうか診査します。

なお、検診環境の違いから歯科医院での検査結果と異なることがありますので、あらかじめご了承ください。

3. 実施場所及び実施回数

お申込みがあった各施設において、年1回実施します。当日欠席、転園してきたお子さんは「8. 欠席者・転園してきた者の対応について」をご覧ください。

4. 申込方法

最終ページの申込書をダウンロードしてご利用ください。なお、印刷等ができない場合は北九州市保健福祉局健康推進課へお問い合わせください。

(1)申込み先

施設の所在地によって、申込先が変わります。ご注意ください。

施設の所在地	申込み(問い合わせ)先	備考
門 司 区	門司歯科医師会 (門司区東本町2丁目3-10) 電 話 321-6886 FAX 321-6887	・事前に検診医と日程を決定し、申込書備考欄に記入してください。 ・その後、 <u>門司歯科医師会へ申込書をFAXしてください</u> 。申込書の原本と引換えで、門司歯科医師会窓口にて受診票等をお渡しいたします。受診票等の受取日時を来館前日までにお知らせ下さい。
小 倉 北 区 小 倉 南 区	小倉歯科医師会 (小倉北区大手町11-6) 電 話 581-0550 FAX 582-8783	・事前に検診医と日程を決定し、申込書備考欄に記入してください。 ・その後、 <u>小倉歯科医師会へ申込書をFAXしてください</u> 。申込書の原本と引換えで、小倉歯科医師会窓口にて受診票等をお渡しいたします。
若 松 区	若松歯科医師会 (若松区白山1丁目1-20) 電 話 771-4049 FAX 771-4116	・事前に検診医と日程を決定し、申込書備考欄に記入してください。 ・その後、 <u>若松歯科医師会へ申込書をFAXしてください</u> 。
八 幡 東 区 八 幡 西 区	八幡歯科医師会 (八幡東区前田3丁目3-15) 電 話 681-4131 FAX 681-4138	・検診日等詳細は歯科医師会で打ち合わせ、決定次第連絡します。 ・事前に <u>八幡歯科医師会へ申込書をFAXしてください</u> 。 ・12時から13時は閉館しています。 ・検診実施は6月末までです。
戸 畑 区	戸畑歯科医師会 (戸畑区新池2丁目1-39) 電 話 871-5185 FAX 882-5932	・検診日等詳細は歯科医師会で打ち合わせ、決定次第連絡します。 ・事前に <u>戸畑歯科医師会へ申込書をFAXしてください</u> 。

(2)申込み期間

令和4年5月6日(金)～5月13日(金)の午前9時～午後5時

- ※ お申込み時に受診票をお渡ししますので、申込書(原本)は必ずご持参のうえ申込み期間中に受診票を受け取りに来てください。
- ※ 施設における検診実施日は特に記載がない場合、7月8日以前になるようにご検討ください。
- ※ 新型コロナウイルス等の感染症による拡大防止等に伴う延期や日程の変更に
ついては、申込書を提出した歯科医師会にご相談ください。

5. 実施までにご準備いただくこと

(1) 受診票(1名につき3枚複写)の作成

様式第1号		4・5歳児歯科検診受診票(A)	
施設記入欄	[施設名] 門司・小倉北・小倉南 若松・八幡東・八幡西・戸畑 (ひらがなで記入)		
	氏名	男 女	年 月 日生 年中 年長
検診歯科医師記入欄	[記入記号] 健全歯/・一 未処置のむし歯C 処置歯○ 喪失歯△ 癒合歯F		
	上 2 1 1 2		
	右	6 E D C B A A B C D E 6	左
	下 2 1 1 2		
	不正咬合 なし・あり 歯周疾患 なし・あり		
判定		健全 要観察 要治療	
受診日		年 月 日	
検診医療機関登録番号		検診医氏名	
<small>※ 欠席者に受診票を交付する場合、施設は下記に記入(ゴム印可)してください。 上記の者は、当施設で実施した4・5歳児歯科検診を受診していないことを証明する。 [施設名] [代表者名]</small>			
<small>検診歯科医師→歯科医師会→保健福祉局提出用 (請求用)</small>			

「施設記入欄」に記入

- ・所在区を○で囲み、園(所)名を記入
- ・お子さんの名前はひらがなで記入
- ・性別は該当を○で囲む
- ・生年月日を記入
- ・年中または年長は該当を○で囲む

一番下の証明欄は記入しない

一番下の証明欄は欠席者に交付する場合のみ記入してください(4ページ参照)

【ご注意】記入にあたって

1. 受診票の記入に鉛筆又は消せるボールペンは使用できません。必ず消えないインクの黒ボールペンで記入してください。
2. 記入間違い等の修正は、二重取消し線を引いて、その訂正箇所の上等に正しい文字・数字等を記入してください。修正液や修正テープは使用できません。

(2) 保護者の皆さんへ、以下の点についてご連絡をお願いします。

- ・歯科検診を実施すること
- ・事前に家庭での健康管理を徹底すること
- ・検診当日は歯みがきを十分に行ってくること

(3) 会場

- ・会場は、できるだけ明るいお部屋をご準備ください。
- ・机や椅子等の準備は、検診を担当する歯科医の指示に従ってください。

6. 当日

- ・検診がスムーズに行われるよう、ご協力をお願いします。
- また、新型コロナウイルス感染症予防対策として、以下の点に配慮の上、実施してください。

1. 園児や検診にかかわる教職員全員の体調チェックを徹底してください。発熱等体調がすぐれない場合は、後日、園医の診療所等で個別検診を受けるように促してください。（「8. 欠席者・転園してきた者の対応について」参照）
2. 検診の前は歯みがきやうがいを済ませてください。
3. 検診室の換気を定期的に行ってください。
4. 密集しないように一度に多くの園児を検診室に入れないでください。
5. 検診室では会話や発声を控えるよう、園児に徹底してください。

【参考】歯科医師側をお願いしている感染症予防対策

1. 手指消毒(アルコール等)を徹底する。
2. マスク・グローブを着用する。
3. 感染予防のために、口腔内を触らない検診方法を心掛ける。
4. ゴーグル(フェイスガード・フェイスシールド)、ガウン等を着用することが望ましい。
5. 記録者もマスク、フェイスガード、ガウン等を着用することが望ましい。

7. 歯科検診実施後の受診票について

園別実施報告書

受診票 A(1枚目)
(保健福祉局提出用)

受診票 B(2枚目)
(医療機関控)

受診票 C(3枚目)
(本人控)

担当歯科医師がとりまとめます お子さんの保護者にお渡しください

8. 欠席者・転園してきた者の対応について

欠席者は、検診を行った歯科医が開設又は勤務する歯科医療機関等で4・5歳児歯科検診を受けることができます。受診票に園(所)名とお子さんの名前を記入し、一番下の欄に未受診者であることの証明をして、保護者へお渡しください。

転園してきた者について、転園前の施設で歯科検診を受けていない場合に限り、検診の対象となります。手引きの通りに進めてください。

受診票の記入例

4・5歳児歯科検診受診票(A)	
施設記入欄 門前・小倉北・小倉南 (施設名) 名称・入籍先・入籍区・戸籍 (ひらがなで記入) 氏名 男 年 月 日生 年中 氏名 女 年 月 日生 年長	
(記入記号) 健全歯/ - 未処置のむし歯C 処置歯○ 喪失歯△ 歯台歯P 上 2 1 1 2 6 E D C B A A B C D E 6 右 6 E D C B A A B C D E 6 左 下 2 1 1 2	
不正咬合 なし・あり 歯周疾患 なし・あり 制 定 費 全 緊 緊 緊 受 診 日 年 月 日 検診医療機関 登録番号 検診医氏名	
※ 欠席者に受診票を交付する場合、施設は下記に記入(ゴム印可)してください。 上記の者は、当施設で実施した4・5歳児歯科検診を受診していないことを証明する。 (施設名) (代表者名)	

「施設記入欄」に記入

- ・所在区を○で囲み、園(所)名を記入
- ・お子さんの名前はひらがなで記入
- ・性別は該当を○で囲む
- ・生年月日を記入
- ・年中または年長は該当を○で囲む

園(所)名と代表者名を3枚全てに記入(ゴム印可)

※園(所)で受診した方は、記入の必要はありません

※ 欠席者を対象とした検診を受けたお子さんの受診票は、受診した歯科医療機関で回収します。取りまとめる必要はありません。

保護者には、P8の文例を参考に下記の通り、ご案内ください。

欠席されたお子さんの保護者の方へ

1. 検診を行った歯科医療機関での受診が難しい場合は、年度内に限り、他の市内登録歯科医療機関で受診が可能です。
2. 他の市内登録歯科医療機関は、インターネットにて「北九州市内登録歯科医療機関」と検索し、最寄りの市内登録歯科医療機関をお探してください。
3. 受診前に必ず歯科医院に電話連絡をしてください。

【ご注意】記入にあたって

1. 受診票の記入に鉛筆又は消せるボールペンは使用できません。
必ず消えないインクの黒ボールペンで記入してください。
2. 記入間違い等の修正は、二重取消し線を引いて、その訂正箇所の上等に正しい文字・数字等を記入してください。修正液や修正テープは使用できません。

【参考】お知らせ文等の文例

文例、申込書についてはダウンロード後、印刷していただきご利用ください。

歯科検診実施のご案内例

年 月 日

保護者のみなさま

施設名

歯科検診のお知らせ

年中・年長のお子さんを対象に歯科検診を行います。

検診当日は十分に歯みがきをおこなってください。発熱等体調がすぐれない場合はお控えください。後日、個別検診を受けることができます。

当日は、歯ブラシをお持たせください。

検診の日程 月 日 () 時から
検診歯科医 先生


※ 北九州市内にお住まいの1歳6か月～2歳未満、3歳～4歳未満のお子さんについては、市内の登録歯科医療機関で「1歳6か月児・3歳児歯科健康診査」を受診してください。母子健康手帳に無料受診券がついています。

市内登録歯科医療機関については、下記北九州市ホームページからご覧いただけます。

ご不明な点等ございましたら、北九州市役所保健福祉局健康推進課（093-582-2018）までお問い合わせください。

北九州市登録歯科医療機関 https://www.city.kitakyushu.lg.jp/huku/file_0097.html



北九州市内登録歯科医療機関 検索 

歯科検診結果についてのご案内例

年 月 日

保護者のみなさま

施設名

歯 科 検 診 結 果 に つ い て

先日行った歯科検診結果（受診票）をお配りします。
受診票は母子健康手帳に添付し、保管してください。

- ※ 検診環境の違いから歯科医院での検査結果と異なることがありますのであらかじめご了承ください。
- ※ 判定が「要観察」、「要治療」だった場合は早めに歯科医院を受診しましょう。
- ※ 子どもの歯はむし歯になりやすく、進行しやすいものです。判定が「健全」であっても定期的に歯科医院を受診し、お口の健康をチェックしましょう。

欠席者を対象とした歯科検診のご案内例

年 月 日

保護者の皆さま

4・5歳児歯科検診を受診できなかったお子さんの
歯科検診のご案内

4・5歳児歯科検診を受診できなかったお子さんを対象に、下記の歯科医療機関で歯科検診を実施します。

ご希望される場合は、添付の受診票をお持ちになって、令和5年3月31日までに受診してください。

記

受診場所 歯科医療機関名

住 所

電話番号

※ 受診時は必ず事前予約のうえ来院をお願いします。

※ 上記以外で受診できる歯科医療機関は、北九州市ホームページでご確認いただけます。ご不明な点等ございましたら、北九州市役所保健福祉局健康推進課（093-582-2018）までお問い合わせください。

北九州市登録歯科医療機関 https://www.city.kitakyushu.lg.jp/huku/file_0097.html



北九州市内登録歯科医療機関

検索

※ 問い合わせ先(記入は任意)

〔施設名〕

〔電話番号〕

(申込書) 施設の所在地によって、申込先が変わりますので、P2の「(1)申込み先」
をご参照ください。

		年 月 日	
一般社団法人北九州市歯科医師会長 様			
施設長氏名			
下記のとおり、4・5歳児歯科検診を実施していただくようお願いします。			
申 込 者	施 設 名		
	住 所 ・ 電 話 番 号	区	電話番号
	施設長名		
検診対象者数		4 歳 児 (年 中)	5 歳 児 (年 長)
		人	人
検 診 希 望 日		年 月 日 ()	
備 考			
		検診医名	