

幼稚園・保育所(園)等施設用

# 令和 8 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8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

この事業は公益社団法人北九州市歯科医師会に委託していますので、同会所属の歯科医師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8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8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か月以上2歳未満、3歳以上4歳未満のお子さんについて

母子健康手帳に市内の登録歯科医療機関<sup>※</sup>で受診できる無料歯科健診の受診票がついています。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。

なお、1歳6か月児と3歳児の歯科健診は登録歯科医療機関でのみ受診できますので、4・5歳児歯科検診にあわせての実施はできません。ご理解いただきますよう、よろしくお願いいたします。

※ 市内の登録歯科医療機関について、北九州市ホームページの「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](mailto:ho-kenkou@city.kitakyushu.lg.jp))にてお問い合わせください。



## 2. 検診内容

むし歯やその他口腔内の異常の有無について診査します。

なお、検診環境の違いから歯科医療機関での診査結果とは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。当日欠席のお子さん等の検診については「**8. 欠席者・転入者への対応について**」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、申込み先が異なります。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	<p><b>門司歯科医師会</b> (門司区東本町2丁目3-10) 電 話 321-6886 FAX 321-6887</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に検診医と検診日時を決定し、申込書に記入してください。</li> <li>・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。</li> <li>・受診票等の受取日時を来館前日までにお知らせ下さい。</li> </ul>
小 倉 北 区 小 倉 南 区	<p><b>小倉歯科医師会</b> (小倉北区大手町11-6) 電 話 581-0550 FAX 582-8783</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に検診医と検診日時を決定し、申込書に記入してください。</li> <li>・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。</li> </ul>
若 松 区	<p><b>若松歯科医師会</b> (若松区白山1丁目1-20) 電 話 771-4049 FAX 771-4116</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に検診医と検診日時を決定し、申込書に記入してください。</li> <li>・その後、<u>若松歯科医師会へ申込書をFAX してください</u>。</li> <li>・FAX 受理後に、本会より受診票等の受け取りについてお知らせいたします。</li> </ul>
八 幡 東 区 八 幡 西 区	<p><b>八幡歯科医師会</b> (八幡東区前田3丁目3-15) 電 話 681-4131 FAX 681-4138</p> <p>※12時から13時は閉館</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則、昨年度の検診医と相談の上、事前に検診医と検診日時を決定し、申込書に記入してください。</li> <li>・その後、<u>八幡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、八幡歯科医師会窓口にて受診票等をお渡しいたします。</li> <li>・検診実施は6月末までです。</li> </ul>
戸 畑 区	<p><b>戸畑歯科医師会</b> (戸畑区新池2丁目1-39) 電 話 871-5185 FAX 882-5932</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申込書を記入し、<u>戸畑歯科医師会へFAX してください</u>。</li> <li>・検診医は歯科医師会で打ち合わせますので、記入不要です。</li> <li>・検診医、日時等の詳細は決定次第連絡します。検診日時の希望には添えない場合がありますのでご了承ください。</li> </ul>

※ 検診医の決定が難しい場合は、申込み先の歯科医師会へご相談ください。

(2)申し込み期間

**令和8年5月7日(木)～5月14日(木)の午前9時～午後5時**

- ※ お申し込み時に受診票をお渡ししますので、**必ず申込書(原本)をご持参のうえ、申し込み期間中に受診票を受け取りに来てください。**
- ※ 検診実施日は、**原則6月末まで**になるようご検討ください。
- ※ 検診日時等の変更については、申し込み先の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

4・5歳児歯科検診受診票(A)

施設記入欄	門前・小森北・小森南 (施設名) 志野・八幡東・八幡西・戸塚 (必ず必ず記入)
氏名	姓 _____ 名 _____
性別	男 _____ 女 _____
生年月日	年 _____ 月 _____ 日 _____
年中・年長	年中 _____ 年長 _____

  

歯数	上 _____	下 _____
歯	6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 右 _____ 左 _____	6 5 4 3 2 1 0 1 2 3 4 5 6 右 _____ 左 _____
不正咬合	なし・あり	歯列疾患
乳歯	健全	乳歯
受診日	年 _____ 月 _____ 日 _____	検診形式
検診実施機関 登録番号		

**「施設記入欄」に記入**

- ・所在区を○で囲み、施設名を記入
- ・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)**

※ 交際費に受診票を交付する場合、施設は下記に記入(ごみ回収)してください。  
 上記の項目は、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) \_\_\_\_\_

**【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

(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。特に、お子さんの本人確認については、検診医と打ち合わせの上、確実な実施をお願いします。また、感染症防止対策等にご配慮の上、実施してください。

## 7. 歯科検診実施後の受診票について

The image shows four forms used for dental checkups. From left to right: 1. 園別実施報告書 (Garden-specific Implementation Report Form), 2. 4-5歳児歯科検診受診票(A) (4-5 Year Old Dental Checkup Receipt A), 3. 4-5歳児歯科検診受診票(B) (4-5 Year Old Dental Checkup Receipt B), and 4. 4-5歳児歯科検診受診票(C) (4-5 Year Old Dental Checkup Receipt C). Each form contains fields for child information, examination results, and administrative details.

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・転入者への対応について

欠席者は、検診医の歯科医療機関等で歯科検診を受けることができます。受診票に施設名、お子さんの名前等を記入し、最下部の証明欄に施設名と代表者名を記入(1・2枚目とも。ゴム印可)の上、保護者へお渡しください。

転園してきた者については、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。

### 受診票の記入例

The image shows an example of a dental checkup receipt form (4-5歳児歯科検診受診票(A)). The form is filled out with handwritten information. A red box highlights the '施設記入欄' (Facility Information Field) at the top, and another red box highlights the '証明欄' (Proof Field) at the bottom. Arrows point from these boxes to the explanatory text on the right.

#### 「施設記入欄」に記入

- ・所在区を○で囲み、施設名を記入
- ・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

1・2枚目ともに、施設名と代表者名を記入  
(ゴム印可)

※ 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。施設で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、以下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. 検診医の歯科医療機関での受診が難しい場合は、市内の他の登録歯科医療機関での受診が可能です。
2. 登録歯科医療機関の一覧は、北九州市のホームページに掲載しています。インターネットで「北九州市 登録歯科医療機関」と検索してください。
3. 受診前に必ず歯科医療機関に電話連絡をしてください。

**【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か月以上2歳未満、3歳以上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」(無料)を受診してください。母子健康手帳に受診票がついています。

登録歯科医療機関については、以下の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。

登録歯科医療機関

[https://www.city.kitakyushu.lg.jp/contents/924\\_10391.html](https://www.city.kitakyushu.lg.jp/contents/924_10391.html)



北九州市 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の結果（受診票）をお配りします。  
受診票は母子健康手帳と一緒に保管してください。

- ※ 検診環境の違いから歯科医療機関での診査結果とは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。

受診をご希望の場合は、添付の受診票を持参し、令和9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

※ 受診の際は、必ず事前予約の上で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、以下の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。

登録歯科医療機関

[https://www.city.kitakyushu.lg.jp/contents/924\\_10391.html](https://www.city.kitakyushu.lg.jp/contents/924_10391.html)



北九州市 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】

※「4・5歳児歯科検診の手引き」の「4. 申込方法」をよく読んで、ご記入ください。

※施設の所在地によって、申込み先が変わります。ご注意ください。

※戸畑区以外の施設は、事前に検診医と検診日時を決定した上でお申込みください。

		年 月 日	
公益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 医 名		(戸畑区の施設は記入不要)	
検診(希望)日時		年 月 日 ( ) 時 分から	
		(門司区・小倉北区・小倉南区・八幡東区・八幡西区の施設は、いずれかに○) 検診医との調整: 済 ・ 未	
備 考			