【参考３】

令和４年度　県民歯科口腔保健実態調査実施要領

健康増進課

１　目　　的

県民の歯科口腔保健に関する意識や状況等を把握し、過去の県民歯科保健実態調査結果と比較する。

また、県が実施する種々の歯科口腔保健対策事業の効果についての検討や、長野県歯科口腔保健推進条例の第10条に掲げる基本的施策の実施状況及び第２期信州保健医療総合計画に掲げられた歯科口腔に関する指標の達成状況の判定を行い、今後の歯科口腔保健医療対策の推進を図るものとする。

２　調 査 時 期

令和４年９月初旬　～　令和４年 11 月下旬

３　調 査 内 容

・ 別紙「令和４年度　県民歯科口腔保健実態調査票」＃01、＃02 のとおり
・ 実施方法等詳細については、別添「令和４年度　県民歯科口腔保健実態調査実施マニュアル」参照

４　調　査　者

長野県歯科医師会会員のうち、本調査への協力を承諾した会員

５　調査対象者等

・ 「４　調査者」の開業する歯科診療所に通院する 15 歳以上の患者のうち、調査への協力に同意を得た者
・ 調査数は別添「郡市会別サンプル数」のとおり

令和4年度
県民歯科口腔保健実態調査票

#01

実施日	令和　　年　　月　　日

郡市会番号	医療機関番号	通しNo.	生年月日	性
			T・S・H　　年　　月　　日(年齢:　　歳)	1 男性　2 女性

調査時の対象者属性(いずれかに○)		
		定期管理中 (間隔:　　月)
		治療中
		それ以外

1. 口腔内所見

出血																出血
ポケット(mm)																ポケット(mm)
欠損補綴																欠損補綴
永久歯	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	永久歯
乳歯			上 右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左 上			乳歯
			下	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	下			
永久歯	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	永久歯
欠損補綴																	欠損補綴
ポケット(mm)																	ポケット(mm)
出血																	出血

〈記入記号〉

歯

健全歯:	／
未処置歯:	C
処置歯(クラウン以外):	F
処置歯(クラウン):	K
喪失歯:	△
未萌出, 便抜, 先欠:	**空値**

欠損補綴

可撤性義歯:	D
ブリッジダミー:	Br
インプラント:	Im
なし:	**空値**
診査不可:	×

歯周

ポケット
測定値(mm)を記入

出血
所見あり　✔

2. 他の所見

口腔清掃状態
□ 良 好　□ 普 通　□ 不 良

歯石沈着
□ ない・少ない　□ 中等度　□ 多 い

その他
□ な し　□ あ り(具体的内容　　)

令和4年度
県民歯科口腔保健実態調査票

#02

（全ての項目について、もれなく回答を記入してください）

問1　歯や口の状態について気になることはありますか。

あてはまる番号のすべてに○印をつけてください。

1. ない
2. 歯が痛い、しみる
3. 歯ぐきが痛い、はれている、出血がある
4. 噛めないものがある
5. 飲み込みにくい、むせやすい
6. 味が分かりにくい
7. 口がかわく
8. 口臭がある
9. 舌がよく動かない、滑舌が悪くなった
10. その他（　　）

問2　歯をみがく頻度はどれくらいですか。（歯が全くない人は除く）

あてはまる番号を1つだけ選んで○印をつけてください。

毎日みがく（ 1. 1回　2. 2回　3. 3回以上 ）

4. ときどきみがく
5. みがかない

問3　（歯ブラシによる歯みがきに加えて）以下に示す清掃をおこなっていますか。

あてはまる番号のすべてに○印をつけてください。

1. デンタルフロスや歯間ブラシを使った、歯と歯の間の清掃
2. 舌の清掃
3. その他（　　）
4. おこなっていない

問4　①あなたはこの1年間に歯科検診を受けましたか。

あてはまる番号のどちらかに○印をつけてください。

1. 受けた
2. 受けていない

（「1. 受けた」と回答された方は②にもご回答ください。）

②どのように歯科検診を受けていますか。

あてはまる番号を1つだけ選んで○印をつけてください。

1. 歯科医院で毎年定期的に受けている
2. 市町村，職場で毎年定期的に受けている
3. 毎年定期的には受けていない

問5 たばこを吸いますか。

あてはまる番号を1つだけ選んで○印をつけてください。

1. 毎日吸っている
2. 時々吸う日がある
3. 以前は吸っていたが、今は吸っていない（　　年前まで）
4. 吸わない

問6 現在治療を受けている病気があれば教えてください。

あてはまる番号のすべてに○印をつけてください。

1. 通院していない
2. 高血圧
3. 糖尿病
4. 脳卒中・脳梗塞
5. 心臓病
6. 脂質異常症
7. がん
8. 肺の病気
9. 骨粗鬆症
10. 腰・膝関節痛(関節リウマチ)
11. その他（　　）

メモ（実施施設記入欄）