



〒000-0000

様

市 町 村 名

被 保 険 者 番 号

令和7年 月 日
群馬県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 臂 泰 雄
(公 印 省 略)

令和7年度後期高齢者「歯科健診」のご案内(受診票)

群馬県後期高齢者医療広域連合では、高齢者の方の健康づくり事業の一環として歯科健診を行います。**歯科健診費用は無料**(無料でできる歯科健診は、今回のみ)です。是非この機会に受診してください。 ※治療を行う場合、歯科健診とは別日となりますのでご注意ください。

対 象 者	昭和24年4月1日～昭和25年3月31日生まれの被保険者 【令和6年度中に75歳の誕生日を迎えた方が対象です。】
健診期間	令和7年8月1日(金)～令和7年12月24日(水)
受診方法	1. 歯科健診実施医療機関(※別紙一覧表を参照)に電話等で予約をする。 2. 「歯科健康診査質問票」(裏面)を記入する。 3. 持ち物 ① 「歯科健診」のご案内(受診票) ※この受診票のことです。 (裏面の質問票に記入してください。) ② 歯科健康診査票 ③ 「マイナ保険証」または「資格確認書」 ※受診時に歯科健診実施医療機関窓口へ上記①②③を提出して下さい。 ※受診当日に体調不良の場合は、予約をした歯科健診実施医療機関へ事前に電話で相談してください。
検査項目	・問診 ・歯の状態 ・咬合の状態 ・粘膜の異常 ・口腔衛生状況 ・口腔乾燥 ・歯周組織の状況 ・嚥下状態 ・舌、口唇機能 ※歯科健診では「お口の機能」も含めてチェックします。

※この受診票により無料の歯科健診を受診できるのは、
別紙「歯科健診実施医療機関一覧表」に記載のある歯科医療機関のみです。
掲載のない歯科医療機関では受診できませんので、ご注意ください。

※個人情報の管理について
歯科健診結果の取扱いに当たり、個人情報保護の観点から適切な対応を行います。
歯科健診のデータは、群馬県後期高齢者医療広域連合が行う高齢者の保健指導事業に活用します。

【お問合せ先】

○群馬県後期高齢者医療広域連合 TEL 027 (256) 7113 保健事業室
〒371-0854 前橋市大渡町一丁目10番地7 群馬県公社ビル6階

受診の際は、裏面の質問票を記入し、予約をした歯科健診実施医療機関へご持参ください。

歯科健康診査質問票	氏名		性別	男・女
-----------	----	--	----	-----

該当する番号を○で囲んでください。回答は、答えられる質問だけで結構です。

問1	現在ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか。	1. はい 2. いいえ
問1-2	問1で「はい」の場合、該当するもの全てに○をつけてください。	
	1. 噛み具合 2. 口元や前歯の見た目 3. 話しにくい 4. 口臭 5. 歯茎や歯の痛み 6. 飲み込みにくい 7. 歯科治療を中断している 8. 義歯（入れ歯）の具合が悪い 9. その他 ()	
問2	1日2回以上歯をみがいていますか。	1. はい 2. いいえ
問3	歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか。	1. はい 2. いいえ
問4	入れ歯を使っていますか。 (1つでも使っている場合は「1」を選んでください。)	1. 使っている 2. 持っているが使っていない 3. 持っていない
問5	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか。	1. はい 2. いいえ
問6	半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか。	1. はい 2. いいえ
問7	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1. はい 2. いいえ
問8	口の渇きが気になりますか。	1. はい 2. いいえ
問9	かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい 2. いいえ
問10	年に1回以上は歯科医院で定期検診を受けていますか。	1. はい 2. いいえ
問11	たばこを吸っていますか。	1. はい 2. いいえ
問12	治療を受けている、もしくは受けたことがある病気について	1. ない 2. ある 高血圧、糖尿病、脳卒中、心臓病、がん、肺疾患（肺炎含む）、骨粗鬆症、その他 ()
問13	現在、1日に内服している飲み薬は何種類ありますか。(サプリメント、市販薬を除きます。) (お薬手帳があればお見せください。)	() 種類
問14	週に1回以上は外出していますか。	1. はい 2. いいえ
問15	過去半年間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい 2. いいえ