**岩手県学校歯科保健優良校表彰調査票　（令和７年度 －保育園(所)用－）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 都道府県名（指定都市名） | ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ幼稚園名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 園所在地〒電話　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　 |
| 幼稚園長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 在籍年数　　年　 ヵ月 | 園歯科医名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 在籍年数　　年　 ヵ月 |
| 幼稚園の構成 | 職員数　　　名 | 園児数　　　名 | 年少組　 組編成　　名 | 年中組　 組編成　　名 | 年長組　 組編成　　名 | 特別支援　　　名 |
| **１．本園の教育目標と保健の位置付け（前年度の概要について記入）** |
| （１）本園の教育目標 |
| （２）本園における保健活動全般に対する考え方 |
| （３）本園における歯・口の健康づくりの考え方 |
| **２．本園の保健の概要（前年度の実績を記入）** |
| 保健年間計画（歯・口の健康づくりを含む） |
|  | 教育的な側面 | 管理的な側面 | 組織活動的な側面 |
| 記載例 | 年中組（歯ブラシの持ち方等） | 全員（健康診断） | 保護者会（園長先生による園の健康管理について） |
| ４月 |  |  |  |
| ５月 |  |  |  |
| ６月 |  |  |  |
| ７月 |  |  |  |
| ８月 |  |  |  |
| ９月 |  |  |  |
| 10月 |  |  |  |
| 11月 |  |  |  |
| 12月 |  |  |  |
| １月 |  |  |  |
| ２月 |  |  |  |
| ３月 |  |  |  |
| 本園での特色ある活動内容の紹介 |
|  |

**（一社）岩手県歯科医師会**

|  |
| --- |
| **３．歯科保健状況（本年度定期歯科健康診断結果）** |
| （１）年齢別歯科保健の状況（乳歯および永久歯について記入。ケ～シは判定していない場合は未記入で可） |
| 学年項目 | 年　少　組 | 年　中　組 | 年　長　組 | 合　　計 |
| ア　被検者数 |  |  |  |  |
| イ　未処置のむし歯の　　ある者の数 |  |  |  |  |
| ウ　処置完了者数 |  |  |  |  |
| エ　むし歯経験者数　（イ＋ウ） |  |  |  |  |
| オ　むし歯のない者の数　（ア－エ） |  |  |  |  |
| カ　むし歯のない者の率（％）　（オ÷ア×100） |  |  |  |  |
| キ　むし歯のある者の率（％）　（100－カ） |  |  |  |  |
| **ク　COを有する者の人数** |  |  |  |  |
| ケ　GOと判定された者の人数 |  |  |  |  |
| コ　Gと判定された者の人数 |  |  |  |  |
| サ　歯垢の状態が「1」もしくは「2」と判定された者の合計人数 |  |  |  |  |
| シ　歯肉の状態が「1」もしくは「2」と判定された者の合計人数 |  |  |  |  |
| （２）年長児の第一大臼歯のむし歯の状況 |
| 項目年度 | 被検者数 | 第一大臼歯の総本数ａ | 第一大臼歯の未処置のむし歯(C)数ｂ | 第一大臼歯の処置歯（○）数ｃ | 第一大臼歯のむし歯被患率（％） ｄｄ＝（ｂ＋ｃ）÷ａ×100 |
| 本年度 |  |  |  |  |  |
| **４．個別的な歯科保健活動の概要（前年度の概要を記入、該当者がいない場合は対応の方針を記入すること）** |
| （１）COを有する者やGOと判定された者への対応 |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | 園歯科医による健康相談や個別指導 |
| （２）歯列･咬合、歯垢の付着状態や歯肉の状態が「1」もしくは「2」と判定された者やその他の歯疾患をもつ者への対応 |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | 園歯科医による健康相談や個別指導 |
| （３）健康相談等の状況 |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | 園歯科医による健康相談や個別指導 |
| **５．園歯科保健の組織活動** |
|  |
| **６．職員の園歯科保健に関する研修への参加状況　　　有り（　　　　回）　・　　無** |
| 園内研修のテーマと内容： | 園外研修のテーマと内容、参加者： |
| **７．園歯科医の活動状況** |
| （１）前年度の執務状況 | （２）特記すべき園歯科医の活動 |
| 歯・口腔の健康診断 | 回 |
| 健康相談・歯科保健指導 | 回 |
| 園行事への参加 | 回 |
| その他 | 回 |
| **８．本園の歯科保健活動で特記すべき事項** |

**（一社）岩手県歯科医師会**