

平成 24 年度歯科検診実施要領

1. 対象事業所 全事業所
2. 検診日程及び会場
 - ① 6 月から実施します。
 - ② 各事業所で都合の良い日を選択してください。1 回 15 名以上の受診者があれば、何回でも実施します。
3. 検診内容
 - ① 口腔疾患検査（歯科医師担当）
 - ② 歯石除去及び口腔衛生指導（歯科衛生士担当）
 - ③ フッ素塗布（希望者有料 500 円）
4. 対象者
被保険者全員（健保組合への個人情報提供に同意した者）
5. 申し込み
 - ① 検診希望日を健保組合にご連絡ください。
 - ② 「歯科検診申込書」を検診 1 ヶ月前までに健保組合に提出ください。
 - ③ 総合健康促進保健協会から各事業所担当者宛に内容確認のご連絡します。
6. 実施方法
委託機関（総合健康促進保健協会）による巡回検診方式により実施します。
受診者は、検診当日委託機関より手渡される「口腔疾患調査票」に事業所名、被保険者記号・番号、氏名、生年月日等、所定事項を記入のうえ受診してください。
7. 検診結果報告
 - ① 受診者には、検診後その場で検診の結果を明記した口腔疾患調査票が手渡されます。
 - ② 事業主には、後日あらためて口腔疾患診査結果報告書（一覧表）で報告します。
8. 検診機関
総合健康促進保健協会
千代田区神田佐久間町 3-31 中嶋ビル 2 階