

令和6年度 第64回 新潟県よい歯の学校・園運動参加票【幼稚園・認定こども園・保育園】

主催 新潟県・新潟県教育委員会・新潟県学校保健会・新潟県歯科医師会

後援 新潟県歯科保健協会・新潟日報社

☐ 幼稚園			☐ 認定こども園			☐ 保育園			※参加区分に✓を付けて下さい。		
郡市	ふりがな	立					園長				
	園名						園歯科 嘱託歯科医				
所在地							在籍数	人			
TEL/FAX							TEL	FAX		受診者数	人
							記入者・職			氏名	

1.う蝕罹患状況(乳歯) (本年度の定期健康診断における園歯科医・嘱託歯科医の診断によって記入するものとする)

区分		令和6年度(本年度)				5年度	4年度
年齢		3歳児	4歳児	5歳児	計	計	計
乳歯について の数 を 記 入 す	検査を受けた人数 (a)						
	う歯のある者 未処置歯, 処置歯, 喪失歯の いずれか1本以上ある者の数 (b)						
	有病者率 $\frac{(b)}{(a)} \times 100(\%)$						*
	未処置歯総本数 (ア)						
	処置歯総本数 (イ)						
	う歯総数 (ア)+(イ)						
歯の数について を 記 入 す	処置歯率 $\frac{(イ)}{(ア)+(イ)} \times 100(\%)$						*
	1人平均う歯数 $\frac{(ア)+(イ)}{(a)}$ (本)						**

(注) 1. 3歳児・4歳児・5歳児についてのみ記入する。
2. サロライド®塗布歯は未処置歯とする。
3. *印の項は小数点以下第2位を四捨五入して第1位まで記入、**印の項は小数点以下第3位を四捨五入して第2位まで記入する。

2. 幼稚園・認定こども園・保育園における歯科保健教育・管理

(記入上の注意) 項目の○を●のように塗りつぶし、() には数字を記入(入力)する。

各項目の右側の欄及び合計欄は学校保健会で記入します。空欄のままをお願いします。

A 園 保 健 全 般	1. 園保健計画	あり ○	1. フッ化物洗口またはフッ化物塗布		実施 ○							
	2. 健康に関する領域の年間計画	あり ○	2. 食後の歯みがき		実施 ○							
	3. 食育に関する取組	あり ○	3. 食後のブクブクうがい		実施 ○							
	4. 本年度健康領域の重点(努力事項)		C 保 健 管 理	4. 歯ブラシの点検と指導	実施 ○							
		5. 歯垢染色剤による評価と指導 (年 回)		実施 ○								
		6. 歯のための食事に配慮		実施 ○								
		7. 歯のための間食に配慮		実施 ○								
B 保 健 教 育	1. 歯の保健指導計画	あり ○	8. よくかんで食べる指導	実施 ○								
	2. 歯と口の健康週間の主な活動 (活動内容を記入)		9. 治療勸奨 (回)	実施 ○								
			1. たより等による歯の啓発・広報	実施 ○								
	3. にいがた健口文化推進月間(11月)の主な活動 (活動内容を記入)		2. 家庭での幼児の歯を点検することを推奨	実施 ○								
			A		B		C		D		計	

■参加票の提出先ならびに期限 (保存用をコピーし、原本を提出する)
公立幼稚園は学校保健会都市支部事務局へ8月2日、学校保健会支部は県学校保健会へ8月9日。
公立認定こども園、公立保育園は市町村の主管課へ。私立幼稚園、私立認定こども園、私立保育園は市町村の主管課又は直接県学校保健
会へ8月2日。
(〒950-0948 新潟市中央区女池南3-1-2 新潟県立生涯学習推進センター内)

在籍数：5月1日現在の人数を記入してください。

受診者数：歯の検査を受けた人数(欠席者の後日検査人数を含む)を記入してください。

「乳歯」のみの検査結果を記入してください。

有病者率：小数点以下第2位を四捨五入して第1位までを記入してください。

処置歯率：小数点以下第2位を四捨五入して第1位までを記入してください。
う歯総数が0本の場合は100%と記入してください。

1人平均う歯数：小数点以下第3位を四捨五入して第2位までを記入してください。