

FAX 計 2 枚

平成 22 年 月 日

支部会員各位

県歯厚生委員会

茨城県市町村職員共済組合歯周病検診事業の留意点

4 月初旬に県歯から配布のありました、「茨城県市町村職員共済組合歯周病検診事業への協力依頼」について、追加のご連絡を致します。

- ・「歯周病検診の流れ」につきましては、配布資料の④をご熟読下さい。
- ・「受診券」、「受診票（茨城県歯科医師会控）」、「受診票（茨城県市町村職員共済組合控）」及び「歯周病検診実施報告書」、「歯周病検診請求明細書」（これらは後日送付）を添え、平成 22 年度は、6 月から翌年 1 月実施分を 2 月 15 日迄に茨城県歯科医師会に一括送付して下さい。併せて、検診料（4,200 円）のうち自己負担額（1,000 円）を差し引いた金額（3,200 円）を一括請求して下さい。

平成 23 年度以降は、年度 2 回に分け、6 ヶ月分を一括報告、請求して下さい。

- ・診査の概要につきましては、配布資料⑥の診査要綱をご参照下さい。
- ・お問い合わせ

本人資格の確認：茨城県市町村職員共済組合福祉課 TEL 029-301-1412

事務手続き：茨城県歯科医師会 TEL 029-252-2561

検 診 内 容：県歯厚生委員会（各支部出向の先生にお問い合わせ下さい）

＜診療料の請求から支払いまでの流れ＞

＜平成 22 年度＞

受診期間	検診料の請求		検診料の支払い	
	歯科医院が茨歯会へ	茨歯会が組合へ	組合が茨歯会へ	茨歯会が歯科医院へ
組合員の受診月 6,7,8,9,10,11,12,1	2 月 15 日迄	2 月末日迄	3 月 15 日	3 月末日迄

＜平成 23 年度以降＞

受診期間	検診料の請求		検診料の支払い	
	歯科医院が茨歯会へ	茨歯会が組合へ	組合が茨歯会へ	茨歯会が歯科医院へ
組合員の受診月 2,3,6,7,8	9 月 15 日迄	9 月末日迄	10 月 15 日	10 月末日迄
9,10,11,12,1	2 月 15 日迄	2 月末日迄	3 月 15 日	3 月末日迄

※実施年度の検診期間は、6 月から翌年 3 月までの 10 ヶ月間となり、有資格者抽出の関係上、4 月及び 5 月は除きます。

FAX 計 2 枚

< C P I コード記入上の注意 >

診査方法

- C P I ブロープを用い、C P I (community periodontal index、地域歯周疾患指数) を測定して下さい。
 - 上顎は頬唇側面 下顎は舌側面 について診査し、最高コード値を記入して下さい。
 - 臼歯部では 2 歯のうち高いほうの点数を最大コード値として下さい。
 - 前歯部の対象歯(11 あるいは 31) が欠損している場合は、反対側同名歯(21 あるいは 41) を診査対象として下さい。
- 両側とも欠損している場合、あるいは臼歯部で 2 歯とも対象歯が欠損している場合には、診査対象外として「×」を該当する分画の欄に記入して下さい。

※ 記入はポケットの実数mmではありません。

※ 各分画のうちの最高コード値を個人の代表値(個人コード)として下さい。

受診票への記入

17または 16	11	26または 27
右		左
47または 46	31	36または 37

ポケットの深さではなく、
右のCPIコードの値を記入

個人コード
(上の6分画の
最大値)

C P I コード

- 0**: 健全
- 1**: 歯肉出血
- 2**: 歯石 4mmを超えるポケットはないが
縁上縁下の歯石が認められるか、
辺縁不適合な補綴物がある
場合
- 3**: 4~5mmのポケット
(プローブの黒い部分が一部見えている
場合)
- 4**: 6mmを超えるポケット
(プローブの黒い部分が見えなくなる場
合)
- ×**: 診査対象外

以上、ご協力お願い申し上げます。