|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **平成２９年度 宮城県健康な口腔とよい歯の学校表彰調査票 【特別支援学校用】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都道府県（指定都市名） | | | | | | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | 学校所在地 | | | |  | | | | | | | |
| **宮　城　県** | | | | | | 学校名 | | | |  | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | | | FAX | |  | | |
| 学級数 | | 幼稚部 | |  | 学級 | |  | | 名 | | 学校長名 | | | | | | | | 在籍年数 | | | 養護教諭名 | | | | | | | | | | 在籍年数 |
|  | | 小学部 | |  | 学級 | |  | | 名 | |  | | | | | 印 | | | 年 | | |  | | | | | | | | | 印 | 年 |
|  | | 中学部 | |  | 学級 | |  | | 名 | | 保健主事名 | | | | | | | | 在籍年数 | | | 学校歯科医名 | | | | | | | | | | 在籍年数 |
|  | | 高等部 | |  | 学級 | |  | | 名 | |  | | | | | 印 | | | 年 | | |  | | | | | | | | | 印 | 年 |
| **１．本校の学校保健の概要（今年度の概要について記入）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （１）本校の教育目標 | | | | | | | | | | | | | | | | | （２）学校保健全般の位置付け | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）本校の学校保健活動の概要（前年度学校保健委員会：　　回） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保　健　教　育 | | | | | | | | | | | | | | 保　健　管　理 | | | | | | | | | | | | 組　織　活　動 | | | | | | |
| 活動内容 | | | | | | | | | | | | | | 活動内容 | | | | | | | | | | | | 活動内容 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 成果と課題 | | | | | | | | | | | | | | 成果と課題 | | | | | | | | | | | | 成果と課題 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| （４）本校の現在までの学校保健関連の主な受賞歴 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **２．本校の学校歯科保健の概要（前年度の実績を記入）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （１）本校の学校歯科保健の目標 | | | | | | | | | | | | | | | | | （２）学校歯科保健全般の活動内容とその成果・課題 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | （３）学級(HP)活動等における  歯科保健指導の状況 | | | | | | | | | | （４）自立活動における  歯科保健の取組 | | | | | | | （５）学校行事における  歯科保健指導の状況 | | | | | | | （６）その他の特徴的な活動  （総合的な学習の時間を含む） | | | | | |
| 幼稚部 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |
| 小学部 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 中学部 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 高等部 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **（一社）宮城県歯科医師会** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **３．歯科保健状況（今年度定期学校歯科健康診断結果）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学年別歯科保健の状況（**乳歯および永久歯について記入**）※この欄については小学部未満の幼児のデータは除いて記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学年  項目 | | | | | | | | | | 小　学　部 | | | | | 中　学　部 | | | | | | | | | 高　等　部 | | | | | 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 | ＣＯを有する者の人数 | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| ク | ＧＯと判定された者の人数 | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| ケ | Ｇと判定された者の人数 | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **４．個別的な歯科保健活動の概要（今年度の概要を記入、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（延べ指導回数　　　回：延べ人数　　　名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 養護教諭による健康相談活動や個別指導等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 学校歯科医による健康相談や個別指導 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）歯列・咬合、顎関節、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（延べ指導回数　　回：延べ人数　　　名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 養護教諭による健康相談活動や個別指導等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 学校歯科医による健康相談や個別指導 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| （３）健康相談活動等の状況（延べ指導回数　　　回：延べ人数　　　名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 養護教諭による健康相談活動や個別指導等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 学校歯科医による健康相談や個別指導 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **５．学校歯科保健の組織活動（家庭や地域との連携など）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **６．教員の学校歯科保健に関する研修への参加状況　　有り（　　　　回）・無** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 校内研修のテーマと内容： | | | | | | | | | | | | | | | | | | 校外研修のテーマと内容、参加者： | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **７．学校歯科医の活動状況** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （１）前年度の執務状況 | | | | | | | | | | | | （２）特記すべき学校歯科医の活動 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 歯・口腔の健康診断 | | | | | | | | 回 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康相談・歯科保健指導 | | | | | | | | 回 | | | |
| 学校保健委員会への出席 | | | | | | | | 回 | | | |
| 学校行事への参加 | | | | | | | | 回 | | | |
| その他 | | | | | | | | 回 | | | |
| **８．本校の学校歯科保健活動で特記すべき事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（一社）宮城県歯科医師会** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |