

--	--	--

--

--

--

平成30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) 宮 城 県	フリガナ 学 校 名	学校所在地 〒	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					



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

項目	学年	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）

（この欄は空欄です）

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

（この欄は空欄です）