

伊勢原市妊婦歯科検診実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第13条に基づき、妊婦に対する歯科検診（以下「妊婦歯科検診」という。）を実施することにより、妊婦の口腔衛生の向上を図り、もって胎児の健全な発育に寄与することを目的とする。

(対象)

第2条 妊婦歯科検診の対象は、伊勢原市において妊娠の届出を行い、妊婦歯科検診を受診する時点で、伊勢原市に住所を有する妊婦（以下「対象妊婦」という。）とする。

(実施医療機関)

第3条 妊婦歯科検診は、市長が別に契約する歯科医師で構成する団体に属する医療機関（以下「実施医療機関」という。）が実施する。

(検診の内容)

第4条 妊婦歯科検診の内容は、歯科検診及び判定結果等を用いた保健指導とする。

(受診券)

第5条 市長は、妊娠の届出を行った対象妊婦に、妊婦歯科検診受診券（第1号様式。以下「受診券」という。）を交付するものとする。

2 受診券の有効期間は、受診券の交付の日から出産の日の前日までとする。

(実施の方法)

第6条 受診券の交付を受けた対象妊婦は、当該受診券を実施医療機関に提出することにより妊婦歯科検診を受診するものとする。

2 前項の規定による妊婦歯科検診の受診回数は、受診券の有効期間中1回限りとする。

(費用負担)

第7条 妊婦歯科検診を受診した対象妊婦が負担する費用は、無料とする。

(実施の報告)

第8条 実施医療機関は、妊婦歯科検診を実施した場合、当月分の実施状況を妊婦歯科検診実施報告書（第2号様式）に取りまとめ、受診券を添えて、翌月の10日までに市長に報告するものとする。

(交付台帳)

第9条 市長は、受診券の交付状況を明らかにするため、受診券交付台帳を備えるものとする。

(受診券使用上の制限)

第10条 受診券の交付を受けた対象妊婦は、次に掲げる行為をしてはならない。

(1) この要綱の目的に反して受診券を使用すること。

(2) 受診券を第三者に譲渡すること。

附 則（令和2年3月27日告示第64号）

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

附 則（令和3年7月19日告示第197号）

この告示は、公表の日から施行する。

附 則（令和 8 年 3 月 3 1 日告示第 6 7 号）
（施行期日）

- 1 この告示は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。
（経過措置）
- 2 この告示による改正後の伊勢原市妊婦歯科検診実施要綱（以下「新要綱」という。）第 7 条の規定は、この告示の施行の日（以下「施行日」という。）以後に受診したときの自己負担金について適用し、施行日前に受診したときの自己負担金については、なお従前の例による。
- 3 施行日前にこの告示による改正前の伊勢原市妊婦歯科検診実施要綱の規定によりした手続その他の行為は、新要綱中に相当する規定がある場合には、新要綱の相当規定によってしたものとみなす。

伊勢原市 妊婦歯科検診受診券

太枠内をご記入の上、実施医療機関にご提出ください。

母子手帳No.
伊

妊婦氏名			生年月日	年	月	日	歳
住所	伊勢原市						
	電話 ()						
分娩予定日	年	月	日	妊娠週数	週	1 初産 2 経産(第 子)	

※本日の体調に問題はありませんか。(はい ・ いいえ)

①妊娠してからお口の変化はありますか。(いいえ ・ はい: _____)

②お口の中で気になるところがありますか。(いいえ ・ はい: _____)

③いつ歯を磨きますか。
(起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前)

④かかりつけの歯科医はありますか。(はい ・ いいえ)

⑤この1年間で歯科健診を受けましたか。(はい ・ いいえ)

⑥今回の妊娠に異常はありますか。
(いいえ ・ はい (妊娠高血圧症候群・妊娠性糖尿病・その他))

※歯科検診の結果は、母子健康手帳へ必ず記載をお願いします。

◇妊婦歯科検診結果

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
歯の記号	健全歯 / むし歯(未処置歯) C 処置後 O 喪失歯 Δ 歯石 Zs															
要治療の むし歯	なし あり (本)							保健指導	1 歯磨き指導 2 食生活 3 その他 ()							
歯石	なし あり															
歯肉の炎症	なし							特記事項								
	あり (要観察) あり (要治療)															

実施年月日	年	月	日
医療機関名 所在地 歯科医師氏名			

伊勢原市 妊婦歯科検診受診券

太枠内をご記入の上、実施医療機関にご提出ください。

母子手帳No.
伊

妊婦氏名			生年月日	年	月	日	歳
住所	伊勢原市						
	電話 ()						
分娩予定日	年	月	日	妊娠週数	週	1 初産 2 経産(第 子)	

※本日の体調に問題はありませんか。(はい ・ いいえ)

①妊娠してからお口の変化はありますか。(いいえ ・ はい: _____)

②お口の中で気になるところがありますか。(いいえ ・ はい: _____)

③いつ歯を磨きますか。
(起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前)

④かかりつけの歯科医はありますか。(はい ・ いいえ)

⑤この1年間で歯科健診を受けましたか。(はい ・ いいえ)

⑥今回の妊娠に異常はありますか。
(いいえ ・ はい (妊娠高血圧症候群・妊娠性糖尿病・その他))

※歯科検診の結果は、母子健康手帳へ必ず記載をお願いします。

◇妊婦歯科検診結果

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
歯の記号	健全歯 / 虫歯(未処置歯) C 処置後 O 喪失歯 Δ 歯石 Zs															
要治療の虫歯	なし / あり (本)							保健指導	1 歯磨き指導 2 食生活 3 その他 ()							
歯石	なし / あり															
歯肉の炎症	なし / あり (要観察) / あり (要治療)							特記事項								

実施年月日	年	月	日
医療機関名			
所在地			
歯科医師氏名			

第2号様式(第8条関係)

年 月 日

妊婦歯科検診実施報告書

伊勢原市長 殿

医療機関名

住 所

代表者名

電話番号

次のとおり妊婦歯科検診を実施しましたので報告します。

年 月分

実施件数 件

※ この報告書は、当月分の妊婦歯科検診の実施状況を取りまとめていただき、受診券を添えて、翌月の10日までに提出してください。

※ 妊婦歯科検診を実施しなかった場合は、この報告書等の提出は不要です。