**学校歯科保健功労内閣総理大臣表彰調査票（令和７年度－全学校種（幼稚園除く。）用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 都道府県名（指定都市名） | 学校名 | | | 学校所在地  〒  電話 | | | | | |
| 学級数 学級  （内特別支援教育学級 ） | | 学校長名 | | 在籍年数  　年　か月 | 養護教諭名 | | | | 在籍年数  　年　か月 |
| 在籍児童/生徒数 名 | | 保健主事名 | | 在籍年数  　年　か月 | 学校歯科医名 | | | | 在籍年数  年　か月 |
| 在籍教員数 名 | |
| **１．本校の学校保健の概要（本年度の学校保健計画及び学校安全計画を添付）**  **※この欄は、学校長が記入するか、又は学校長の指示によって記入してください。** | | | | | | | | | |
| （１）本校の教育目標  貴校の教育目標について、詳細に記入してください。 | | | （２）学校保健の位置付け  貴校の学校保健の位置付け（健康観、学校保健の重要性を含めて貴校の学校保健に対する理念など）について、端的に記入してください。 | | | | | | |
| （３）本校の学校保健活動の全体の概要（前年度学校保健委員会開催： 回）  教育目標達成のために実践している貴校の学校保健活動の内容と成果・課題について、保健教育、保健管理、組織活動の３つの領域に分けて記入してください。学校保健に係わる研究事業、調査等がある場合は、その主題等も記入してください。 | | | | | | | | | |
| 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  貴校の学校保健に関わる主な受賞歴を記入してください。 | | | | | | | | | |
| **２．文部科学大臣表彰受賞後の学校歯科保健の実績や向上を記入** | | | | | | | | | |
| （１）文部科学大臣表彰受賞後の学校歯科保健の目標  貴校の学校歯科保健の目標を記入してください。 | | | | | | | | | |
| （２）文部科学大臣表彰受賞後の学校歯科保健全般の活動内容とその特徴と成果  目標達成のために実施している貴校の学校歯科保健活動の内容と特徴・成果について、保健教育、保健管理、組織活動の３つの領域に分けて記入してください。 | | | | | | | | | |
| 保　健　教　育 | | 保　健　管　理 | | | | | 組　織　活　動 | | |
| 活動内容 | | 活動内容 | | | | | 活動内容 | | |
| 特徴と成果 | | 特徴と成果 | | | | | 特徴と成果 | | |
| （３）学校行事における歯科保健指導の状況  歯・口腔の健康診断以外の歯科保健指導に関連する学校行事について記入してください。 | | （４）児童（生徒）会での歯科保健活動の状況  児童（生徒）会活動で取り上げられた歯科保健関連の主題とその活動状況を記入してください。 | | | | （５）その他の特徴的な活動  （総合的な学習の時間を含む。）  総合的な学習を含む、その他の歯科保健教育、歯科保健管理及び組織活動において、特徴的な活動として紹介できる活動があれば記入してください。 | | | |

**（公社）日本学校歯科医会**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **３．歯科保健状況（定期歯科健康診断結果）** | | | | | | | | | | |
| （１）年別歯科保健の状況（「乳歯及び永久歯」について記入）※受賞年度のデータがある場合は記入、ない場合は記入不要。 | | | | | | | | | | |
| 年  項目 | 受賞年度※ | | | ４年前 | | ３年前 | | 昨年 | 本年 | 備考 |
| ア　被検者数 |  | | |  | |  | |  |  |  |
| イ　むし歯（う歯）の保有者数 |  | | |  | |  | |  |  |  |
| ウ　むし歯の数 |  | | |  | |  | |  |  |  |
| エ　処置完了者数 |  | | |  | |  | |  |  |  |
| オ　歯肉炎保有者数 |  | | |  | |  | |  |  |  |
| （２）歯科健康診断で特記すべき事項 | | | | | | | | | | |
| **４．事後措置（特に文部科学大臣表彰受賞後取り組んでいること）** | | | | | | | | | | |
| （１）COを有する者やGOと判定された者への対応  ＣＯを有する者やＧＯと判定された者に対して行った個別的な歯科保健活動（グループ指導等も含む。）について、養護教諭等及び学校歯科医の対応の概要を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | | | | | | | 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」又は「2」と判定された者やその他の歯疾患を持つ者への対応  歯列・咬合、顎関節、歯垢の付着状態や歯肉の状態が「１」又は「２」と判定された者やその他の歯疾患を持つ者に対して行った個別的な歯科保健活動（グループ指導等も含む。）について、養護教諭等及び学校歯科医の対応の概要を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | | | | | | | 学校歯科医による健康相談や個別指導 | | | |
| （３）健康相談等の状況  養護教諭等による健康相談や個別指導等、学校歯科医による健康相談や個別指導の概要を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | | | | | | | 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（受賞後の近隣校への学校歯科保健活動支援、家庭や地域との連携など）** | | | | | | | | | | |
| 特に文部科学大臣表彰受賞後、家庭及び地域に対し歯科保健について働きかけたこと、地域の歯科医療機関や歯科医師の団体などと共同で行った活動などの概略を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| **６．教諭の学校歯科保健に関する研修への参加状況 有り（ 回）・ 無**  貴校教諭が校内又は校外で学校歯科保健の研修を受けたことがあるか、否か、「有・無」どちらかを○印で囲んでください。また「有」の場合はその回数を記入し、研修のテ－マと内容の概略を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 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**  学校歯科医の執務回数を活動毎に記入してください。（歯・口腔の健康診断、健康相談・歯科保健指導は午前、午後をそれぞれ１回として数えてください。） | | | | | | | | | | |
| （１）前年度の執務状況 | | | （２）特記すべき学校歯科医の活動  学校歯科医がどのような理念を持って活動に取り組んでいるか、また、歯科保健に関してどのような講演等を  行ったか、総合的な学習等に参画しているかなどを記入してください。 | | | | | | | |
| 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 |

**（公社）日本学校歯科医会**

**学校歯科保健功労内閣総理大臣表彰調査票（令和７年度－幼稚園用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 都道府県名（指定都市名） | | | ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ  幼稚園名 | | | | | 園所在地  〒  電話 | | | | |
| 幼稚園長名 | | | | | | 在籍年数  　 年　 か月 | 学校歯科医名 | | | | | 在籍年数  　 年　 か月 |
| 幼稚園の  構成 | 職員数 名 | | | 園児数 名 | 年少組 組編成  名 | | 年中組 組編成  名 | | 年長組 組編成  名 | | 特別支援 名 | |
| **１．本園の教育目標と保健の位置付け（前年度の概要について記入）**  ※この欄は、園長が記入するか、又は園長の指示によって記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| （１）本園の教育目標  貴園の教育目標について、詳細に記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| （２）本園における保健活動全般に対する考え方  教育目標達成のために実践している貴園の学校保健活動についての方針を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| （３）本園における歯・口の健康づくりの考え方  貴園の学校保健活動のうち、特に歯・口の健康に関する方針を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| **２．本園の保健の概要（前年度の実績を記入）** | | | | | | | | | | | | |
| 保健年間計画（歯・口の健康づくりを含む。） | | | | | | | | | | | | |
|  | | 教育的な側面 | | | | 管理的な側面 | | | | 組織活動的な側面 | | |
| 記載例 | | 年中組（歯ブラシの持ち方等） | | | | 全員（健康診断） | | | | 保護者会（園長先生による園の健康管理について） | | |
| ４月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| ５月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| ６月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| ７月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| ８月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| ９月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| 10月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| 11月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| 12月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| １月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| ２月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| ３月 | |  | | | |  | | | |  | | |
| 本園での特色ある活動内容の紹介 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

**（公社）日本学校歯科医会**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **３．歯科保健状況（定期歯科健康診断結果）** | | | | | | | | | | | | |
| （１）年別歯科保健の状況　※受賞年度のデータがある場合は記入、ない場合は記入不要。 | | | | | | | | | | | | |
| 年  項目 | | 受賞年度※ | | ４年前 | | | ３年前 | 昨年 | | 本年 | | 備考 |
| 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） | |  | |  | | |  |  | |  | |  |
| （２）歯科健康診断時で特記すべき事項 | | | | | | | | | | | | |
| （３）年長児の第一大臼歯のむし歯の状況 | | | | | | | | | | | | |
| 項目  年度 | 被検者数 | | | | 第一大臼歯の総本数  ａ | | 第一大臼歯の未処置の  むし歯(C)数  ｂ | | 第一大臼歯の処置歯  （○）数  ｃ | | 第一大臼歯の  むし歯被患率（％）  ｄ  ｄ＝（ｂ＋ｃ）÷ａ×100 | |
| 受賞年度 |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| ４年前 |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| ３年前 |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| 昨年 |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| 本年 |  | | | |  | |  | |  | |  | |
| **４．個別的な歯科保健活動の概要（特に文部科学大臣表彰受賞後に取り組んでいること）** | | | | | | | | | | | | |
| （１）COを有する者やGOと判定された者への対応  ＣＯを有する者やＧＯと判定された者に対して行った個別的な歯科保健活動（グループ指導等も含む）について、養護教諭等及び学校歯科医の対応の概要を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | | | | | | | 学校歯科医による健康相談や個別指導 | | | | | |
| （２）歯列･咬合、歯垢の付着状態や歯肉の状態が「1」又は「2」と判定された者やその他の歯疾患を持つ者への対応  歯列・咬合、顎関節、歯垢の付着状態や歯肉の状態が「１」又は「２」と判定された者やその他の歯疾患を持つ者に対して行った個別的な歯科保健活動（グループ指導等も含む。）について、養護教諭等ならびに学校歯科医の対応の概要を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | | | | | | | 学校歯科医による健康相談や個別指導 | | | | | |
| （３）健康相談等の状況 養護教諭等による健康相談や個別指導等、学校歯科医による健康相談や個別指導の概要を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 養護教諭等による健康相談や個別指導等 | | | | | | | 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（受賞後の近隣園への学校歯科保健活動支援、家庭や地域との連携など）** | | | | | | | | | | | | |
| 特に文部科学大臣表彰受賞後、家庭及び地域に対し歯科保健について働きかけたこと、地域の歯科医療機関や歯科医師の団体などと共同で行った活動などの概要を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| **６．教諭の学校歯科保健に関する研修への参加状況 有り（ 回）・ 無し**  貴園教諭が園内又は園外で学校歯科保健の研修を受けたことがあるか、否か、「有・無」どちらかを○印で囲んでください。また「有」の場合はその回数を記入し、研修のテーマと内容の概略を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 園内研修のテーマと内容： | | | | | | 園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  学校歯科医がどのような理念を持って活動に取り組んでいるか、また、歯科保健に関してどのような講演等を  行ったか、などを記入してください。 | | | | | | | | | |
| 歯・口腔の健康診断 | | 回 |
| 健康相談・歯科保健指導 | | 回 |
| 園行事への参加 | | 回 |
| その他 | | 回 |
| **８．本園の歯科保健活動で特記すべき事項** | | | | | | | | | | | | |

**（公社）日本学校歯科医会**