

(様式1)

## 「ビューティフル歯ッション賞」推薦書

平成 年 月 日

広島市 8020 運動・歯周病予防推進協議会会長 様

下記のとおり「ビューティフル歯ッション賞」に推薦します。

| 応募者記入欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| フリガナ<br>氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 大正<br>昭和 年 月 日生 ( ) 歳<br>平成                       |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | お住まいの区に○を記入してください。<br>広島市 中・東・南・西・安佐南・安佐北・安芸・佐伯 区 |
| 推薦回数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 初めて・2回以上                                          |
| <p>注) 広島市以外にお住まいの方、16歳未満の方、たばこを吸っている方、歯を毎日みがかない方、デンタルフロス(糸ようじ)や歯間ブラシを全く使ったことがない方は推薦できません。</p> <p>&lt;応募者御本人にお伺いします。&gt; 当てはまる番号に○をつけてください。</p> <p>1. 毎日何回、歯をみがいていますか。<br/>① 1日3回以上      ② 1日2回      ③ 1日1回</p> <p>2. 歯科医師又は歯科衛生士から歯周病について説明を受け、自分の歯周病の状態について知っていますか？<br/>① いつも受けて、知っている    ② 説明を受けたことがある    ③ 受けたことはない、知らない</p> <p>3. 歯みがきのとき、歯ブラシ以外にデンタルフロス(糸ようじ)や歯間ブラシを使っていますか。<br/>① いつも使っている    ② 使っている    ③ 使ったことがある</p> <p>4. 歯科医師又は歯科衛生士からデンタルフロス(糸ようじ)や歯間ブラシの使い方について指導を受けたことがありますか。<br/>① 定期的に受けている    ② 受けたことがある    ③ 受けたことはない</p> <p>5. デンタルフロス(糸ようじ)や歯間ブラシをいつ頃から使っていますか。<br/>① 2年以上前から    ② 1年前から    ③ 半年前から    ④ 最近になって</p> <p>6. 歯石除去などのおくちのクリーニングやむし歯のチェックのために歯科医院を定期的に受診していますか。<br/>① 定期的に1年に2回以上受けている    ② 定期的ではないが、1年以内に受けた<br/>③ 1年以上前に受けたことがある    ④ 受けたことはない</p> <p>7. 「ビューティフル歯ッション賞」の認定者で、同意いただける方は広島市や歯科医師会のホームページ等にお住まいの区とお名前(例:「中区 広島一郎」)を公表する予定ですが、同意いただけますか。(この項目は「ビューティフル歯ッション賞」の審査には影響しません。)<br/>① 同意する    ② 同意しない</p> |                                                   |
| <p><u>個人情報の保護に関する記載</u></p> <p>○この推薦書に記載の情報は、「ビューティフル歯ッション賞」の目的以外には使用しません。</p> <p>○個人情報については適切に取扱い、審査終了後、この推薦書は廃棄します。</p> <p>○認定者については名簿を作成しますが、非公開とし、広島市及び歯科医師会において厳重に管理します。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                   |

○認定証は推薦歯科医院に郵送し、定期健診時等かかりつけ歯科医師から手渡しします。

<注意> 裏面に**歯科医師・歯科衛生士**の記入欄がありますので、記入してください。

＜推薦される患者さんのことについて、歯科医師・歯科衛生士があてはまる番号に○をつけてください＞

8. 歯みがきが定着している。

① 大変よく定着している ② よく定着している ③ おおむね定着している ④ 少し定着している

9. デンタルフロス（糸ようじ）や歯間ブラシの使用が定着している。

① 大変よく定着している ② よく定着している ③ おおむね定着している ④ 少し定着している

10. 現在の自身の歯周病について理解し、定期的歯科受診の必要性を十分に理解している。

① 大変よく理解している ② よく理解している ③ おおむね理解している ④ あまり理解していない

推薦者（ゴム印可）

歯科医療機関所在地 〒

歯科医療機関名

歯科医師氏名

※ 広島市や歯科医師会のホームページ等への掲載に同意されない方だけ（ ）に○をしてください。→（ ）

※ 「グランドビューティフル歯ッション賞」に推薦される場合は、推薦用紙（様式2）を添付して下さい。

## 1. 「ビューティフル歯ッション賞」認定基準

| 応募者本人による記入         |                                                         | ①                | 配点 | ②                 | 配点 | ③              | 配点 | ④          | 配点 |
|--------------------|---------------------------------------------------------|------------------|----|-------------------|----|----------------|----|------------|----|
| 1                  | 毎日何回、歯をみがいていますか？                                        | 1日3回以上           | 10 | 1日2回              | 5  | 1日1回           | 3  |            |    |
| 2                  | 歯科医師又は歯科衛生士から歯周病について説明を受け、自分の歯周病の状態について知っていますか？         | いつも受けて、知っている     | 10 | 説明を受けたことがある       | 3  | 受けたことはない知らない   | 0  |            |    |
| 3                  | 歯みがきのとき、歯ブラシ以外にデンタルフロス（糸ようじ）や歯間ブラシを使っていますか？             | いつも使っている         | 10 | 使っている             | 5  | 使ったことがある       | 3  |            |    |
| 4                  | 歯科医師又は歯科衛生士からデンタルフロス（糸ようじ）や歯間ブラシの使い方について指導を受けたことがありますか？ | 定期的に受けている        | 10 | 受けたことがある          | 3  | 受けたことはない       | 0  |            |    |
| 5                  | デンタルフロス（糸ようじ）や歯間ブラシをいつ頃から使っていますか？                       | 2年以上前から          | 10 | 1年前から             | 7  | 半年前から          | 5  | 最近になって     | 3  |
| 6                  | 歯石除去などのおくちのクリーニングやむし歯のチェックのために歯科医院を定期的に受診していますか？        | 定期的に1年に2回以上受けている | 10 | 定期的ではないが、1年以内に受けた | 5  | 1年以上前に受けたことがある | 3  | 受けたことはない   | 0  |
| 歯科医師・歯科衛生士による評価・記入 |                                                         | ①                | 配点 | ②                 | 配点 | ③              | 配点 | ④          | 配点 |
| 8                  | 歯みがきが定着している                                             | 大変よく定着している       | 10 | よく定着している          | 5  | おおむね定着している     | 3  | 少し定着している   | 1  |
| 9                  | デンタルフロス（糸ようじ）や歯間ブラシの使用が定着している                           | 大変よく定着している       | 10 | よく定着している          | 5  | おおむね定着している     | 3  | 少し定着している   | 1  |
| 10                 | 現在の自身の歯周病について理解し、定期的歯科受診の必要性を十分に理解している                  | 大変よく理解している       | 10 | よく理解している          | 5  | おおむね理解している     | 3  | あまり理解していない | 0  |
|                    | 歯ッションに推薦された（もれなく）                                       |                  | 10 |                   |    |                |    |            |    |

合計点数 100～10点

|      |         |                                                                                                                                                         |
|------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ゴールド | 100～95点 | 以下の方は認定しない<br>＜応募者本人＞<br>現在、たばこを吸っている、歯をみがかない日もある<br>デンタルフロス（糸ようじ）や歯間ブラシを全く使ったことがない<br>＜歯科医師・歯科衛生士による評価＞<br>歯みがきが定着していない、デンタルフロス（糸ようじ）や歯間ブラシの使用が定着していない |
| シルバー | 94～80点  |                                                                                                                                                         |
| ブロンズ | 79～60点  |                                                                                                                                                         |
| ブルー  | 59点以下   |                                                                                                                                                         |

## 2. 「グランドビューティフル歯ッション賞」認定基準

- ① 「ビューティフル歯ッション賞」ゴールド（Gold）被認定者である。
- ② 「口腔年齢」を実年齢で除して得られた値が1.0以下である。  
※「口腔年齢」＝（株）エヌ・ディ・アール：年齢、性別、健全歯数、CPI「0」を入力して算出
- ③ 未処置歯（経過観察を除く）がない。