

(様式1)

## 「ビューティフル歯ッション賞」推薦書

令和 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。

|      |            |    |   |   |        |  |
|------|------------|----|---|---|--------|--|
| フリガナ |            | 大正 |   |   |        |  |
| 氏 名  |            | 昭和 | 年 | 月 | 日生( )歳 |  |
|      |            | 平成 |   |   |        |  |
| 住 所  | 広島市 区      |    |   |   |        |  |
| 推薦回数 | 初めて ・ 2回以上 |    |   |   |        |  |

※ 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。



該当する番号に○を記入してください。(本人記入欄)

|                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 毎日何回、歯をみがいていますか。                                                             |
| ① 1日3回以上    ② 1日2回    ③ 1日1回                                                    |
| 2. 自分の歯周病の状態について知っていますか？                                                        |
| ① 知っている    ② 知らない                                                               |
| 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。                                  |
| ① いつも使っている(ほぼ毎日)    ② 使っている(2～3日に1回程度)    ③ 使ったことがある                            |
| 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。                     |
| 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                                         |
| 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。                                            |
| 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                                     |
| 6. 歯石除去などのお口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。                              |
| 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     |
| 7. 「ビューティフル歯ッション賞」の認定された場合、広島市や歯科医師会のホームページに、住所(区のみ)氏名を公表してもよいですか。(例:「中区 広島一郎」) |
| ① 公表してよい    ② 公表してほしくない    ※ 「ビューティフル歯ッション賞」の審査には影響しません。                        |

### 個人情報の保護に関する記載

○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。

○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。

○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。

※ 裏面は、歯科医師・歯科衛生士がご記入ください。⇒



推薦される患者さんのことについて該当する番号に、歯科医師・歯科衛生士が○を記入してください。

|                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 8. 歯みがきが定着していますか。                                                                                              |  |
| ① よく定着している(10点)    ② 定着している(5点)    ③ 少し定着している(3点)                                                              |  |
| 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ますか。                                                                            |  |
| ① よく定着している(10点)    ② 定着している(5点)    ③ 少し定着している(3点)                                                              |  |
| 10. 現在の自身の歯周病の状態や、定期的歯科受診の必要性を十分に理解していますか。                                                                     |  |
| ① よく理解している(20点)    ② 理解している(10点)    ③ 少し理解している(5点)                                                             |  |
| <b>推薦者(ゴム印可)</b><br>歯科医療機関所在地 〒<br>歯科医療機関名<br>歯科医師氏名<br><br>※ 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ツシヨ賞」に推薦される場合は、**推薦用紙(様式2)**を添付して下さい。

#### 「ビューティフル歯ツシヨ賞」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              | 7  | 1日1回           | 3  |          |    |
| 2                  | 自分の歯周病の状態について知っていますか？                                   | 知っている            | 10 | 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             | 7  | 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          | 8  | 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             | 8  | 半年前から          | 5  | 最近になって   | 3  |
| 6                  | 歯石除去などのお口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 |                                                         |                  |    |                   |    |                |    |          |    |
| 8                  | 歯みがきが定着している                                             | よく定着している         | 10 | 定着している            | 5  | 少し定着している       | 3  |          |    |
| 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                           | よく定着している         | 10 | 定着している            | 5  | 少し定着している       | 3  |          |    |
| 10                 | 現在の自身の歯周病や定期的歯科受診の必要性を十分に理解している                         | よく理解している         | 20 | 理解している            | 10 | 少し理解している       | 5  |          |    |

|     |         |                                                                                                                                |
|-----|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認定者 | 100～80点 | ※以下の方は認定できません。<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 |
|-----|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 「グランドビューティフル歯ツシヨ賞」認定基準

|                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 「ビューティフル歯ツシヨ賞」被認定者である。<br>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。<br>※「口腔年齢®」(株)エヌ・ティ・アール：年齢、性別、健全歯数、CPI「0」を入力して算出<br>③ 未処置歯(経過観察を除く)がない。 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|