

| 航 空 自 衛 隊 仕 様 書  |                  |                |            |
|------------------|------------------|----------------|------------|
| 仕様書の<br>種 類      | 内容による分類          | 役 務 仕 様 書      |            |
|                  | 性質による分類          | 個 別 仕 様 書      |            |
| 物品番号             |                  | 仕 様 書 番 号      |            |
| 品 名<br>又は<br>件 名 | 定期健康診断<br>(歯科検診) | 松基LPS-X00681-1 |            |
|                  |                  | 承 認            | 令和元年 7月23日 |
|                  |                  | 作 成            | 令和元年 7月23日 |
|                  |                  | 改 正            | 令和6年 3月18日 |
|                  |                  | 作成部<br>隊等名     | 基地業務群 衛生隊  |

## 1 総則

### 1.1 適用範囲

本仕様書は、航空自衛隊松島基地における定期健康診断（歯科検診）の部外委託（以下「役務」という。）について適用する。

### 1.2 役務場所

航空自衛隊松島基地及び契約相手方施設

### 1.3 役務期間

契約締結後、当該年度2月末日までとする。ただし、初回履行は当該年度9月末日までとする。

## 2 役務に関する要求

### 2.1 役務の内容

- 役務は歯科医師が実施する。
- 役務に必要な人員、資器材、電力及び試薬は契約相手方が準備するものとする。  
ただし、机及び椅子については官側が提供できることとする。
- 役務は、口腔及び歯牙の理学検査、歯周組織の炎症検査、口腔清掃状態及びその他の検査を行うものとし、細部は別紙様式のとおりとする。
- 役務の結果は、官側が準備した別紙様式に記録し、検診終了後30日以内に提出するものとする。
- 役務によって発生した医療廃棄物は契約相手方が廃棄するものとする。
- 役務開始前までにプライバシーマーク付与事業者であることを官側に提示等するものとする。

## 3 監督及び検査

監督及び検査は、監督・検査実施要領に基づき実施するものとする。

なお、検査官は、2.1 d)の提出書類の確認をもって検査を実施するものとする。

## 4 その他の指示

本仕様書に疑義が生じた場合は、監督官に申し出てその指示に従うものとする。

|       |         |       |
|-------|---------|-------|
| 所属：   | 階級：     | 認識番号： |
| 生年月日： | フリガナ氏名： |       |

### 歯科検診問診

- ① 歯が痛みますか、または痛むことはありますか。  
a. 痛む      b. ときどき痛む      c. 痛くない
- ② 歯磨きをすると出血することがありますか。  
a. 毎回出血する      b. ときどき出血する      c. 出血しない
- ③ たばこを吸ったことがありますか。  
a. 現在吸っている  
(      ) 本／日で (      ) 歳から (      ) 年間  
b. 昔吸っていた  
(      ) 本／日で (      ) 歳から (      ) 歳までの (      ) 年間  
c. 吸ったことがない
- ④ 過去 1 年間に歯科医院に行ったことがありますか、またはその治療は完了しましたか。  
a. 行った (いつ頃：      完了日：      ) b. 行っていない

### 歯科検診表

|          |                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                              |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| その他の特記事項 | <b>口腔清掃状態</b><br><input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 軽度<br><input type="checkbox"/> 中等度<br><input type="checkbox"/> 悪い | <b>歯周組織の炎症</b><br><input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 軽度<br><input type="checkbox"/> 中等度<br><input type="checkbox"/> 重度 | <b>その他</b><br><input type="checkbox"/> 要補綴（上顎）<br><input type="checkbox"/> 要補綴（下顎）<br><input type="checkbox"/> 咬合異常<br><input type="checkbox"/> 舌・口腔粘膜疾患<br><input type="checkbox"/> 要義歯（指示） |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

注：治療中の齲歯は、齲歯として取り扱う。

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |   |
| 右 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 左 |
|   | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |   |

\* 歯周検査は、評価の行いやすい歯肉炎を次の要領で区分願います。

軽度：軽度の炎症・わずかな変色、歯肉表面の軽度の変化、出血なし

中等度：中等度の炎症・発赤・腫脹、プロービング時又は圧力をかけた時の出血

重度：高度の炎症・発赤。腫脹、自然出血傾向、潰瘍

\* 略称記号は別添参照

上記のとおり、通知する。

令和      年      月      日

住所

検査者（医療機関）名

印

| 区分                |                   | 記号        | 備考                                                 |
|-------------------|-------------------|-----------|----------------------------------------------------|
| う蝕、2次う蝕           |                   | C 1 ～ C 4 |                                                    |
| 脱灰（初期う蝕）<br>非活動う蝕 |                   | C 0       | 緊急の修復処置は要さず、定期観察が必要なもの（慢性的なC 1・C 2で症状を伴わないものを含む。）。 |
| 処<br>置<br>歯       | アマルガム充てん          | A m       |                                                    |
|                   | 金属インレー修復<br>部分被覆冠 | I n       |                                                    |
|                   | レジン充てん等非金属充てん     | C R       |                                                    |
|                   | 全部被覆冠<br>前装鑄造冠    | C K       |                                                    |
|                   | 非金属冠              | J K       |                                                    |
|                   | 架工義歯              | B r (×)   | ×は、欠損部位を示す。                                        |
|                   | 部分床義歯             | P D       | 下線は、義歯装着部位を示す。                                     |
|                   | 全部床義歯             | F D       |                                                    |
| 治療中の歯及び破折歯        |                   | C 2 ～ C 3 | C 3 処置歯は、C 2 とする。                                  |
| 補綴を要する欠損歯         |                   | M         |                                                    |
| 補綴を要しない欠損歯        |                   | /         |                                                    |
| 楔状欠損              |                   | W         | 症状を伴うもの。                                           |
| 半埋没智歯             |                   | I P O     | 症状がなく痛みの既往が1回以内のもの。                                |
|                   |                   | I P       | 症状がある、又は痛みの既往が2回以上のもの。                             |
| 萌出不全              |                   | I P O     | 智歯以外の萌出不全は「I P O」とする。<br>ただし、う蝕、歯周病がある場合は、それを優先する。 |