足立区糖尿病対策アクションプラン－歯科口腔保健対策編－　関連事業

**令和５年度「あだちっ子・いい歯推進園表彰事業」応募用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | ※記入不要 |

（記入日：令和 **５** 年　　　月　　　日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 園(施設)名 |  | 在籍園児数  （記入日現在） | 名 |
| 代表者様  氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | ご担当者様  氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  (職種　　　　　　　） |
| TEL | （　　　　　） | E-Mail |  |
| FAX | （　　　　　） |

**１　下記項目における貴園の実施状況について、該当する□にチェック及び(　　)に内容を記入してください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)  あ  だ  ち  っ  子  歯  科  健  診 | ① 歯科健診後の治療勧奨  の実施方法について | □ 健診後１回実施　　　　　　　□ 未提出者に複数回実施  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| ② 令和４年度受診報告書  の提出率 | ※すでにご提出いただいた集計用紙から算出いたしますので記入不要です |
| ③ ①の治療勧奨における  取り組み内容について | 工夫していることなどご記入ください |
| (2)  園  児  の  歯  み  が  き  習  慣  づ  く  り | ① 園児への歯みがき指導 | □ 実施した → 　 具体的な内容（対象・実施回数等）      □ 実施していない |
| ② 給食後の歯みがき | □ 実施している → (　　　)歳児クラス(　　　)月から開始  □ 実施していない |
| 工夫点などご記入ください |
| 実施期間  □ 毎日実施  □ 期間を決めて実施〈具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉 |
| ③ 職員による仕上げみがき | □ 実施している 年齢( ０歳 ・ １歳 ・ ２歳 ・ 年少 ・ 年中 ・ 年長 )  実施方法など  □ 実施していない |
| (3)  ６  歳  臼  歯  の  取  り  組  み | 「６歳臼歯（永久歯）育成の取り組み」について | ６歳臼歯（永久歯）育成の取り組みで実施していること(複数回答)  □ 区歯科衛生士による「６歳臼歯健康教室(ハ(歯)ロー！６ちゃんクラス)」  □ ６歳臼歯の歯みがき指導(練習)  □ 家庭での歯みがき・仕上げみがきの習慣づくり  □ 園だより等での啓発  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □ 特に実施していない |
|  |  | 裏面もご記入ください |
| (4)  基  本  的  な  生  活  習  慣  づ  く  り | ①「早寝・早起き・朝ごはん」の取り組み | □ 取り組んだ  具体的な内容  □ 特に取り組んでいない |
| ② 歯によいおやつ  食育の取り組み | 実施している取り組み(複数回答)  □ 「一口目は野菜から」の取り組み　　□ よく噛んで食べる習慣づくり  □ 歯によいおやつの選び方　　　　　　□ 保護者への啓発  □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □ 特に取り組んでいない |

**２　１の（１）～（４）の項目又はそれ以外で、工夫点や成果などご自由にご記入ください。**

※　イベント・教室、習慣づくり、保護者啓発、ポスター作成等、具体的な内容をご記入ください。添付資料は、メール又は郵送にて送付してください（合計４点まででお願いします）。

|  |  |
| --- | --- |
| **取り組みのテーマ** | **内容・工夫点・成果など** |
|  | 添付資料（あり・なし） |
|  | 添付資料（あり・なし） |
|  | 添付資料（あり・なし） |
|  | 添付資料（あり・なし） |

◆応募用紙は、メールまたは郵送・ＦＡＸでお送りください。

**データヘルス推進課 「あだちっ子・いい歯推進園」表彰担当　宛**

送付先 : 〒120-8510　足立区中央本町１－１７－１

メールアドレス： [**datahealth@city.adachi.tokyo.jp**](mailto:datahealth@city.adachi.tokyo.jp)ＦＡＸ: **03－3880－5602**