

災歯3-2

歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票（個別・個人）

実施日： / / 実施場所：

ふりがな 氏名	男 女	年 齢	<input type="checkbox"/> 0～5 <input type="checkbox"/> 6～18 <input type="checkbox"/> 19～64 <input type="checkbox"/> 65以上	介 護 度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護
実施場所の 카테고리： <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

主訴	
----	--

【口腔機能】

食事中や食後のむせ	1 ない	2 あまりない	3 あり
食事中や食後の痰のからみ	1 ない	2 あまりない	3 あり

【口腔内状況】

口腔衛生 状態	プラークの付着状況	1 ほとんどない	2 中程度	3 著しい	
	食渣の残留	1 ない	2 中程度	3 著しい	
	舌苔	1 ない	2 薄い	3 厚い	
	口腔乾燥	1 ない	2 わずか	3 著しい	
	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い	
義歯の状況	上顎	1 総義歯	2 部分床義歯	3 義歯なし	
	下顎	1 総義歯	2 部分床義歯	3 義歯なし	
	義歯プラーク付着状況	1 ほとんどない	2 中程度	3 著しい	
臼歯部での 咬合	義歯なしの状態	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側	
	義歯ありの状態	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側	
歯科疾患	歯周病	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> あり	
	う触	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> あり	
	粘膜疾患	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> あり	

【指導・申し送り内容】

1.口腔衛生 2.口腔機能 3.義歯 4.治療連携 5.その他				
継続指導の必要性 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要				
記載者 所属・氏名		連絡先		

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

ご本人控え

お名前		日付	年	月	日 ()
お口の状態					
注意事項					
記載者 所属・氏名	チーム名		連絡先		

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票（個別・個人）の記入ステップ

災害3-2
歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票（個別・個人）

実施日： / / 実施場所：

ふりがな	氏名	男 女	年齢 □ 0~5 □ 6~18 □ 19~64 □ 65以上	小児 高齢	□ 非該当 □ 要支援1・2 □ 要介護
実施場所のカテゴリー：□避難所 □仮設住宅 □施設 □在宅 □その他（ ）					
主訴					
【口腔機能】					
食事中や食後のむせ		1 ない	2 あまりない	3 あり	
食事中や食後の痰のからみ		1 ない	2 あまりない	3 あり	
【口腔内状況】					
口腔衛生 状態	プラークの付着状況	1 ほとんどない	2 中程度	3 多い	
	歯肉の腫脹	1 ない	2 中程度	3 多い	
	歯垢	1 ない	2 多い	3 多い	
	口腔乾燥	1 ない	2 わずか	3 多い	
歯肉の 状態	口臭	1 ない	2 強い	3 強い	
	上顎	1 総歯肉	2 部分歯肉	3 歯肉なし	
	下顎	1 総歯肉	2 部分歯肉	3 歯肉なし	
臼歯部の 咬合	歯肉プラーク付着状況	1 ほとんどない	2 中程度	3 多い	
	歯肉なしの状態	1 ない	2 あり	→ □ 片側 □ 両側	
歯科疾患	歯肉ありの状態	1 ない	2 あり	→ □ 片側 □ 両側	
	歯周病	1 ない	2 あり	→ □ 痛み □ あり	
	う蝕	1 ない	2 あり	→ □ 痛み □ あり	
	粘膜疾患	1 ない	2 あり	→ □ 痛み □ あり	

【指導・申し送り内容】

1.口腔衛生 2.口腔機能 3.歯肉 4.治療連携 5.その他

継続指導の必要性 不要 要

記録者
所属・氏名

連絡先

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

ご本人控え

お名前	日付	年 月 日 ()
お口の状況		
注意事項		
記録者 所属・氏名	チーム名	連絡先

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

切り取り線から
切り取り
被災者の方へ渡す



ご本人控え

お名前	日付	年 月 日 ()
お口の状況		
注意事項		
記録者 所属・氏名	チーム名	連絡先

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

STEP 1 基本情報を記入

- 実施日・実施場所（避難所名）を記入
- 対象者の氏名・性別・年齢のカテゴリー
- 介護度・実施場所のカテゴリー
- 主訴を記入

STEP 2 アセスメントを実施、記録する

- 口腔機能について聞き取り又は観察を行う
- 口腔内状況について、アセスメントを実施する

STEP 3 指導内容を記録する

- 指導内容のカテゴリーに○を付ける
- 指導内容を端的にまとめて記入する
- 継続指導の必要性の有無をチェックする
- 自分の氏名・所属・連絡先を記入する

STEP 4 指導内容の写しを渡す

- 「ご本人控え」に氏名・日付を記入する
- お口の状況を端的に記入する
- 生活上での注意事項等をわかりやすく、端的にまとめて記入する
- 自分の氏名・所属・チーム名・連絡先等を記入する
- 切り取り、「ご本人控え」を渡す