避難所等歯科口腔保健 標準アセスメント票（レベル２）用　総括表〈簡易版〉

市町村名		作成年月日	20　年　月　日

アセスメント実施年月日	20　年　月　日 ～ 20　年　月　日	作成者氏名（所属名）	（　　）	◎良好・問題なし、〇ほぼ良好・ほぼ問題なし、△やや問題あり、×大いに問題あり、ー：不明

No	避難所等の名称	避難者等の人数(人)	(1)ハイリスク者 特に口腔衛生に配慮が必要な対象者（人、%）	(2)環境 口腔清掃等の環境	(3)用具 口腔清掃用具等の確保	(4)清掃行動 口腔清掃状況	(5)症状 歯や口の訴え・異常	(6)専門支援 歯科保健医療の確保	その他の問題	備考
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										