施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメント票（集団・迅速）　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）	〇〇　〇〇 （　　歯科医師会）		◎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)	**うち要配慮者 （乳幼児・妊婦 ・高齢者・障害 児者など）**	**(1)専門支援** 歯科保健医療 の確保	**(2)環境** 口腔清掃等の 環境	**(3)用具** 口腔清掃の 用具等の確保	**(4)清掃行動** 口腔清掃や 介助等の 状況	**(5)症状** 歯や口の訴え 義歯の問題 食事等の問題	その他の 問題	備考
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										