

歯科医療救護報告書(日報)

報告日: 年 月 日 ()

(報告者名・所属)
(電話番号)

| | | | |
|----------------------------|---|--|--|
| 月 日()の業務 | | 活動時間: 時 分~ 時 分 | |
| (1)医療班員氏名 (職・氏名) | チーム全員 | | |
| (2)業務内容 | 評価・相談・診察・個別指導・集団指導・その他() | | |
| イ 出勤場所 | 建物など名 (市町村など名) | | |
| ロ 処置内容 処置人数 のべ人数 | 対応・処置 実人数: 人(男性 人、女性 人) (内訳: 18才未満 人、一般成人(18-64才) 人、高齢者(65才以上) 人) | | |
| | <input type="checkbox"/> 口腔外科処置 (人) <input type="checkbox"/> 再装着 (人) <input type="checkbox"/> 義歯新製 (人) <input type="checkbox"/> 義歯修理・調整 (人) <input type="checkbox"/> 歯内療法処置 (人) <input type="checkbox"/> 保存修復処置 (人) <input type="checkbox"/> 歯周治療処置 (人) <input type="checkbox"/> 消炎鎮痛・処方 (人) | <input type="checkbox"/> 診察なしの相談 (人) <input type="checkbox"/> 診察および説明・相談 (人) <input type="checkbox"/> 口頭での口腔ケア指導のみ (人) <input type="checkbox"/> お口の中を触っての口腔ケア指導 (人) <input type="checkbox"/> 術者の行うハミガキ・口腔ケア (人) <input type="checkbox"/> 口腔ケア用品提供 (人) <input type="checkbox"/> 集団での口腔ケア啓発 (人) | <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能スクリーニング(RSST、MWST、FT) (人) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能の評価(頸部聴診など) (人) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下に関わる指導(体位、間接訓練) (人) <input type="checkbox"/> 食形態や摂食方法などの指導(直接訓練) (人) |
| ハ 出勤場所の 状況・活動報告 | <input type="checkbox"/> 紹介 歯科: 医科: その他: <input type="checkbox"/> その他 内容: (人) | | |
| 歯や口にまつわる ことだけでOK | | | |