

記載例

避難所で生活する、義歯性潰瘍に対し応急歯科診療対応をした場合

災歎3-2 歯科保健医療 ニーズ調査・対応 実施票(個別・個人)

日本歯科医師会統一版
Ver.2.1(2025.11)

実施場所(施設名・建物名) : ** 小学校

実施日: 2025 / 12 / 1

ふりがな 氏名	S谷 M枝		住 所	** 町4-2-13		性 別	女	年 齢	68
介護度	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2)	<input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> 不明					

実施場所のカテゴリー: 避難所 仮設住宅 施設 在宅 その他()

既往歴	□がん □脳血管疾患 □心疾患 □糖尿病 □精神疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 □呼吸器疾患 □骨粗鬆症 □関節リウマチ <input type="checkbox"/> 認知症 □その他()
-----	---

主訴	下の義歯のあたりが痛い
----	-------------

【アセスメント】※「災歎3-3」項目

食事をする時の問題	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	歯や口の清掃問題	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
歯みがきの環境問題(用品等)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	歯科治療の必要性	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
歯みがきをする問題(介助等)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	歯科治療の確保の問題	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり

【口腔機能】※「口腔機能向上サービスに関する計画書」項目 (選択肢は「問題なし・問題あり・不明」の順)

奥歯のかみ合わせ*	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	口腔乾燥	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明
食べこぼし	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	舌の動きが悪い	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明
むせ	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	ぶくぶくうがい※	<input checked="" type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない <input type="radio"/> 不明

※ 食事時に義歯を使用する場合は義歯も含む

※※ 誤嚥リスクなどでうがいをしない場合は記載不要

【口腔内状況】

口腔衛生 状態	ブラークの付着状況 食渣の残留 舌苔 口腔乾燥 口臭	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 少量 <input type="radio"/> 中程度 <input type="radio"/> 著しい	右 左 下頸残根上義歯 632 23 残根 現在歯数 10本 うち残根数 5本 ●部
義歯の状況	上顎 下顎	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 総義歯 <input type="radio"/> 部分義歯 <input type="radio"/> あるが未使用	
白歯部での 咬合	義歯なしで 義歯ありで(義歯ありのみ記載)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり → □ 片側 □ 両側	
歯科疾患	歯周病 う触 粘膜疾患 義歯の問題(義歯ありのみ記載)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり → □ 片側 <input checked="" type="radio"/> 両側	

【応急歯科診療・指導・申し送り】

1.応急歯科診療 2.口腔衛生 3.口腔機能 4.義歯管理 5.治療連携(紹介) 6.その他

病名・内容 左下Dul部、下顎義歯削合。かかりつけはY歯科、休診中(先生が避難されている)。

(次回)Dul確認。義歯保管に紙コップを使っているので、義歯ケースを持参して提供ください

継続対応・指導の必要性: □ 不要 要記載者
所属・氏名 ○○○ ○○ 連絡先 000-0000-0000

※ 必要に応じて、本人・家族に「日付、対応」と「対応者名・所属・連絡先」を簡潔に記載して控えを渡すなどしましょう。

記載例

福祉避難所となった施設に災害後に避難した、義歯未使用で既往歴多い要介護者への個別口腔健康管理指導

災歎3-2 歯科保健医療 ニーズ調査・対応 実施票(個別・個人)

日本歯科医師会統一版
Ver.2.1(2025.11)

実施場所(施設名・建物名) : ** 苑

実施日: 2025 / 12 / 1

ふりがな 氏名	S宮 T雄		住 所	もともと入所中		性 別	男	年 齢	74
介護度	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 要支援(1・2)	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)	<input type="checkbox"/> 不明					

実施場所のカテゴリー: 避難所 仮設住宅 施設 在宅 その他()

既往歴	□がん □脳血管疾患 □心疾患 □糖尿病 □精神疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 □呼吸器疾患 □骨粗鬆症 □関節リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 □その他()
-----	--

主訴	口内炎が痛い。口が乾く。以前から、食べこぼし・ムセあり。歩行器歩行可。右側軽度片麻痺。自宅で妻と2人暮らしだった。元々、短気で怒りっぽい。避難後、ストレスが強く、さらに短気になった
----	--

【アセスメント】※「災歎3-3」項目

食事をする時の問題	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	歯や口の清掃問題	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
歯みがきの環境問題(用品等)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	歯科治療の必要性	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり
歯みがきをする問題(介助等)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり	歯科治療の確保の問題	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり

【口腔機能】※「口腔機能向上サービスに関する計画書」項目 (選択肢は「問題なし・問題あり・不明」の順)

奥歯のかみ合わせ*	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	口腔乾燥	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明
食べこぼし	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	舌の動きが悪い	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明
むせ	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 不明	ぶくぶくうがい※	<input checked="" type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない <input type="radio"/> 不明

※ 食事時に義歯を使用する場合は義歯も含む

※※ 誤嚥リスクなどでうがいをしない場合は記載不要

【口腔内状況】

口腔衛生 状態	ブラークの付着状況 食渣の残留 舌苔 口腔乾燥 口臭	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 少量 <input checked="" type="radio"/> 中程度 <input type="radio"/> 著しい	右 左 下頸残根上義歯 632 23 残根 現在歯数 10本 うち残根数 5本 ●部
義歯の状況	上顎 下顎	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 総義歯 <input type="radio"/> 部分義歯 <input type="radio"/> あるが未使用	
白歯部での 咬合	義歯なしで 義歯ありで(義歯ありのみ記載)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり → □ 片側 □ 両側	
歯科疾患	歯周病 う触 粘膜疾患 義歯の問題(義歯ありのみ記載)	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり → □ 片側 <input checked="" type="radio"/> 両側	

【応急歯科診療・指導・申し送り】

1.応急歯科診療 2.口腔衛生 3.口腔機能 4.義歯管理 5.治療連携(紹介) 6.その他

病名・内容 右内炎は保湿・口腔ケアにて経過観察としました。ブラッシングは自立です。

指導内容: ①口腔乾燥が強いので、緩和するまでは歯磨剤の代わりに保湿剤を使用する②右側に食渣残留目立つので、右側から磨き始める③頬のふくらまし運動。(次回)確認お願いします。短時間しか耐えられません。

継続対応・指導の必要性: □ 不要 要記載者
所属・氏名 ○○○ ○○ 連絡先 000-0000-0000

※ 必要に応じて、本人・家族に「日付、対応」と「対応者名・所属・連絡先」を簡潔に記載して控えを渡すなどしましょう。