

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

災害 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 카테고리	<input checked="" 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()						

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

主訴	下の義歯のあたりが痛い (必要時、環境・特記事項も記載)
----	------------------------------

【アセスメント】※「災害3-3」項目					
食事をする時の問題	1 なし	2 あり	歯や口の清掃問題	1 なし	2 あり
歯みがきの環境問題(用品等)	1 なし	2 あり	歯科治療の必要性	1 なし	2 あり
歯みがきをする問題(介助等)	1 なし	2 あり	歯科治療の確保の問題	1 なし	2 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*	1 あり	2 なし	3 不明	口腔乾燥	1 なし	2 あり	3 不明		
食べこぼし	1 なし	2 あり	3 不明	舌の動きが悪い	1 なし	2 あり	3 不明		
むせ	1 なし	2 あり	3 不明	ぶくぶくうがい※※	1 できる	2 できない	3 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	1 なし	2 少量	3 中程度	4 著しい	右	左
	食渣の残留	1 なし	2 少量	3 中程度	4 著しい		
	舌苔	1 正常	2 中程度	3 著しい	4 ない(平滑)		
	口腔乾燥	1 なし	2 軽度	3 中程度	4 著しい		
	口臭	1 なし	2 弱い	3 強い			
義歯の状況	上顎	1 なし	2 総義歯	3 部分義歯	4 あるが未使用		
	下顎	1 なし	2 総義歯	3 部分義歯	4 あるが未使用		
	義歯の汚れ(義歯ありのみ記載)	1 なし	2 少量	3 中程度	4 著しい		
臼歯部での咬合	義歯なしで	1 なし	2 あり	→ □ 片側 □ 両側			
	義歯ありで(義歯ありのみ記載)	1 なし	2 あり	→ □ 片側 <input checked="" type="checkbox"/> 両側			
歯科疾患	歯周病	1 なし	2 あり	→ □ 痛みあり □ なし			
	う蝕	1 なし	2 あり	→ □ 痛みあり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	粘膜疾患	1 なし	2 あり	→ □ □ 口内炎 □ 潰瘍 □ その他			
	義歯の問題(義歯ありのみ記載)	1 なし	2 あり	→ □ 破損 <input checked="" type="checkbox"/> 不適合 □ 不使用			

下顎残根上義歯
632 | 23 残根
現在歯数 10本 5本 ●部 (うち残根数)

【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、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:	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要				
記載者 所属・氏名	〇〇〇 〇〇		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

災害 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 카테고리	<input checked="" type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input checked="" type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他()						

既往歴	<input type="checkbox"/> がん <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 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 (必要時、環境・特記事項も記載)
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【アセスメント】※「災害3-3」項目					
食事をする時の問題	1 なし	2 あり	歯や口の清掃問題	1 なし	2 あり
歯みがきの環境問題(用品等)	1 なし	2 あり	歯科治療の必要性	1 なし	2 あり
歯みがきをする問題(介助等)	1 なし	2 あり	歯科治療の確保の問題	1 なし	2 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*	1 あり	2 なし	3 不明	口腔乾燥	1 なし	2 あり	3 不明		
食べこぼし	1 なし	2 あり	3 不明	舌の動きが悪い	1 なし	2 あり	3 不明		
むせ	1 なし	2 あり	3 不明	ぶくぶくうがい**	1 できる	2 できない	3 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	1 なし	2 少量	3 中程度	4 著しい	右	左
	食渣の残留	1 なし	2 少量	3 中程度	4 著しい		
	舌苔	1 正常	2 中程度	3 著しい	4 ない(平滑)		
	口腔乾燥	1 なし	2 軽度	3 中程度	4 著しい		
	口臭	1 なし	2 弱い	3 強い			
義歯の状況	上顎	1 なし	2 総義歯	3 部分義歯	4 あるが未使用		
	下顎	1 なし	2 総義歯	3 部分義歯	4 あるが未使用		
	義歯の汚れ(義歯ありのみ記載)	1 なし	2 少量	3 中程度	4 著しい		
臼歯部での咬合	義歯なしで	1 なし	2 あり	→ □ 片側 <input checked="" type="checkbox"/> 両側			
	義歯ありで(義歯ありのみ記載)	1 なし	2 あり	→ □ 片側 □ 両側			
歯科疾患	歯周病	1 なし	2 あり	→ □ 痛みあり <input checked="" type="checkbox"/> なし			
	う蝕	1 なし	2 あり	→ □ 痛みあり □ なし			
	粘膜疾患	1 なし	2 あり	→ <input checked="" type="checkbox"/> 口内炎 □ 潰瘍 □ その他			
	義歯の問題(義歯ありのみ記載)	1 なし	2 あり	→ □ 破損 □ 不適合 □ 不使用			

食渣
右頬・下口唇内面に口内炎
現在歯数 28本 0本 (うち残根数)

【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	口内炎は保湿・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)確認をお願いします。短時間しか耐えられません。				
継続対応・指導の必要性:	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要				
記載者 所属・氏名	〇〇〇 〇〇		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。