

災歯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) :

実施日: / /

ふりがな 氏名	住 所	性 別	年 齢
介護度	<input 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: <input 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 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	(必要時、環境・特記事項も記載)		

【アセスメント】※「災歯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

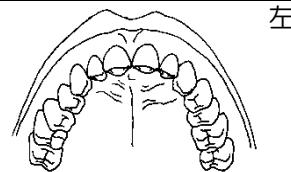
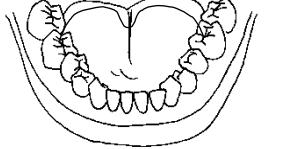
【口腔機能】※「口腔機能向上サービスに関する計画書」項目 (選択肢は「問題なし、問題あり、不明」の順)

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	plaqueの付着状況	1 なし	2 少量	3 中程度	4 著しい	右 
	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	左 
	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	→ <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側		
	義歯ありで(義歯ありのみ記載)	1 なし	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側		
歯科疾患	歯周病	1 なし	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> なし		現在歯数 (うち残根数)
	う触	1 なし	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 痛みあり <input type="checkbox"/> なし		
	粘膜疾患	1 なし	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> その他		
	義歯の問題(義歯ありのみ記載)	1 なし	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 不使用		

【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. 痾齒管理
5. 治療連携(紹介)
6. その他

病名・内容:

継続対応・指導の必要性: 不要 要

記載者 所属・氏名	連絡先
--------------	-----

※ 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。