

災歯4-2 歯科保健医療救護 報告書
 日本歯科医師会統一版 ver2.3(2026.08)
 案

報告日:
 年
 月
 日 (
)

※ この用紙は日ごと、実施場所ごとに記載ください

(報告者 チーム名・氏名:
)

(報告者 携帯連絡先:
)

業務日時	月日()	活動時間: 時 分～ 時 分
(1)チーム名 実施者名	チーム名 実施者名と職名(略称可): 同日の複数枚目の場合は「名字のみ、略称のみ」でも特定できれば可(田中DDS、吉田DH、田村事務、など)	
(2)業務内容	対応したものすべてに○をつけてください／その他は内容を記載ください 評価(アセスメント)・相談・診察・治療・個別指導・集団指導・物資提供 その他()	
イ 実施場所	施設名・建物名 (市町村名)	※ この用紙とは別に、それぞれの実施場所ごとの、 【災歯2-1】「施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメント シート(集団・迅速)」も、別途記載して、提出してください
ロ 対応・処置 内容・人数	対応・処置 実人数: _____ 人 (男性 _____ 人、女性 _____ 人、どちらでもない・不明 _____ 人) (18才未満 _____ 人、高齢者(75才以上) _____ 人)	
対応した項目の ☐ にチェックを 入れて、人数を 記載ください	処置・治療など 実人数 (計 _____ 人)	診察・相談・指導・ケアなど 個別 実人数 (計 _____ 人)
	☐ 口腔外科処置 (_____ 人) ☐ 再装着 (_____ 人) ☐ 義歯新製 (_____ 人) ☐ 義歯修理・調整 (_____ 人) ☐ 歯内療法処置 (_____ 人) ☐ 保存修復処置 (_____ 人) ☐ 歯周治療処置 (_____ 人) ☐ 消炎鎮痛・処方 (_____ 人) ☐ その他の処置など (_____ 人) ※内容を記載ください	☐ 個別 歯科相談・保健指導のみ(口腔内なし) (_____ 人) ☐ 個別 診察説明・歯科保健指導(口腔内あり) (_____ 人) ☐ 個別 口腔ケア指導(口頭のみ) (_____ 人) ☐ 個別 口腔ケアの実施、及び、指導 (_____ 人) ☐ 個別 口腔ケアの実施のみ (_____ 人) ☐ 集団 歯科講話・保健指導・啓発 (_____ 人) ☐ 口腔ケア用品の提供 (_____ 人) ☐ その他の診察・指導など (_____ 人) ※内容を記載ください
	紹介など 実人数 (計 _____ 人)	摂食嚥下に関する評価・診察・指導など 実人数 (計 _____ 人)
	☐ 紹介(歯科へ) (_____ 人) ☐ 紹介(医科へ) (_____ 人) ☐ その他の紹介など (_____ 人) ※内容を記載ください	☐ 摂食嚥下機能スクリーニング(RSST、MWST、FT) (_____ 人) ☐ 摂食嚥下機能の評価(頸部聴診など) (_____ 人) ☐ 摂食嚥下に関わる指導(体位、間接訓練) (_____ 人) ☐ 食形態や摂食方法などの指導(直接訓練) (_____ 人) ☐ その他の摂食嚥下に関する対応など (_____ 人) ※内容を記載ください
ハ 実施場所の 状況・活動報告 (歯や口に関する ことのみ)		

※ この用紙は【災歯4-1】個別記録票に記載した情報を、「日ごと、実施場所ごと」に集計・集約するための用紙です。
 本部や関連機関への報告、記録管理に活用ください。

※ この用紙とは別に、それぞれの実施場所ごとの、【災歯2-1】「施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメントシート
 (集団・迅速)」も、別途記載して、提出してください。