災歯3-3

歯科保健医療　ニーズ調査・啓発・指導　実施票(個別・複数)

Ver.2.0 (2024.2)

実施場所（施設名・建物名）：			実施日：　　年　　月　　日	No.
実施場所のカテゴリー	当日の登録人数	その他、歯科に限らない避難生活全般に対する申し送り事項等がありましたら、ご記入ください。	記載者 所属・氏名	
□避難所　□仮設住宅 □施設　□在宅 □その他（　　）	※ 概数でも構いません		記載者 連絡先	

※　ラピッドアセスメント票（迅速集団）との対応　(5)　(2)(3)　(4)　(5)　(1)

	名前 ※ 臨機応変に記載 「追加対応」要の場合は、特定できる情報を記載ください	年齢 0-5	6-17	18-64	65-74	75以上	性別 男	女	食事をする時の問題 歯などが痛い、食べにくい、食事中のむせ		歯みがきの環境問題 歯ブラシ・ケア・義歯用品・水や場所の確保		歯みがきをする問題 歯みがきできている、介助みがきされている		歯や口の清掃問題 舌の汚れ・口渇・口臭・口の中の汚れ		歯科治療の必要性 痛み、義歯紛失等に対する、歯科治療の必要性		歯科治療の確保問題 近隣の歯科診療所、交通手段、移動の可否など		詳細記載欄 ※歯科治療「要」/追加対応「要」の場合は、支援に繋がる具体的な情報を必ず記載してください 歯や口の訴え、口腔清掃に関わる不足物品（補充の有無）、環境の問題、口腔清掃状態、歯科医療や口腔ケアのニーズ、通院や移動の可否、疾病や障害など特別に必要な配慮	啓発・指導内容 口腔衛生	口腔機能	義歯	治療連携	追加対応・継続指導	
1		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
2		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
3		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
4		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
5		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
6		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
7		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
8		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
9		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
10		□	□	□	□	□	□	□	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり	□なし	□あり		□実施	□実施	□実施	□実施	□要	□不要
集計																												