

歯科保健医療救護報告書(災害時歯科共通対応記録) 日歯統一版 ver2.1

報告日: _____年 _____月 _____日 ()
 ※ この用紙は日ごとではなく、出務場所ごとに記載ください
 (報告者名・所属: _____)
 (電話番号: _____)

業務日時	月 日 ()	活動時間: 時 分 ~ 時 分
(1) 出務者名 (氏名・職種)	対応者全員の名前と職名(略称可)、チーム名を記載ください	
(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 出務場所	建物など名 (市町村など名)	※ この用紙とは別に、それぞれの出務場所ごとの、「施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメント票(集団・迅速)」も、別途記載して、提出してください
ロ 処置内容 処置人数	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)
	<input type="checkbox"/> 口腔外科処置 (_____人) <input type="checkbox"/> 再装着 (_____人) <input type="checkbox"/> 義歯新製 (_____人) <input type="checkbox"/> 義歯修理・調整 (_____人) <input type="checkbox"/> 歯内療法処置 (_____人) <input type="checkbox"/> 保存修復処置 (_____人) <input type="checkbox"/> 歯周治療処置 (_____人) <input type="checkbox"/> 消炎鎮痛・処方 (_____人) <input type="checkbox"/> その他の処置など (_____人) ※内容を記載ください	<input type="checkbox"/> 個別 歯科相談・保健指導のみ(口腔内なし) (_____人) <input type="checkbox"/> 個別 診察説明・歯科保健指導(口腔内あり) (_____人) <input type="checkbox"/> 個別 口腔ケア指導(口頭のみ) (_____人) <input type="checkbox"/> 個別 口腔ケアの実施、及び、指導 (_____人) <input type="checkbox"/> 個別 口腔ケアの実施のみ (_____人) <input type="checkbox"/> 集団 歯科講話・保健指導・啓発 (_____人) <input type="checkbox"/> 口腔ケア用品の提供 (_____人) <input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 紹介(歯科へ) (_____人) <input type="checkbox"/> 紹介(医科へ) (_____人) <input type="checkbox"/> その他の紹介など (_____人) ※内容を記載ください	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能スクリーニング(RSST、MWST、FT) (_____人) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能の評価(頸部聴診など) (_____人) <input type="checkbox"/> 摂食嚥下に関わる指導(体位、間接訓練) (_____人) <input type="checkbox"/> 食形態や摂食方法などの指導(直接訓練) (_____人) <input type="checkbox"/> 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 出務場所の 状況・活動報告 (歯や口に関する ことのみ)		

※ この用紙とは別に、それぞれの出務場所ごとの、「施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメント票(集団・迅速)」も、別途記載して、提出してください