

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）日本歯科医師会統一版（概略版）

避難所等の名称		避難所等の立地する市町村名	
評価年月日 曜日 時間	年 月 日 ( ) AM/PM 時 分ごろ	避難所等の連絡先	※ 必要時担当者氏名も記載 ( )
避難者等の人数 (夜間を含む、本部に登録されている人数)	人 ( 月 日現在)	情報収集法	※ 実施した方法をすべてチェック☑する <input type="checkbox"/> 責任者等からの聞き取り (役職・氏名: ) <input type="checkbox"/> 避難者等からの聞き取り ( 人程度) <input type="checkbox"/> 現場の観察 <input type="checkbox"/> 支援活動等を通じて把握 <input type="checkbox"/> その他 ( )
その内訳	a うち乳幼児（就学前） (約 人or%), 不明 b うち妊婦 (約 人or%), 不明 c うち高齢者（75歳以上） (約 人or%), 不明 d うち障がい児者・要介護者 (約 人or%), 不明		
評価時に在所していた避難者等数	だいたい 人くらい (概数)		
記載者 氏名・所属 職種	氏名: 所属: 職種:	記載者 連絡先 (携帯電話等)	

項目	評価基準（参考）	評価	※ 確認できれば数値や具体的内容を記載
(1) 歯科保健医療の確保	歯科医療の受療機会： ◎ ほぼいつでも可能、 ○ 3日に1回は可能、 △ 週に1回以下・困難、 × 不可能、 - 不明	◎ ○ △ × -	受診可能な近隣の歯科診療所・歯科救護所・仮設歯科診療所等の有無、巡回歯科チームの有無、稼働状況（日程・時間など）：
(2) 口腔清掃等の環境	うがい水and/or洗面所： ◎ 不自由ない、 ○ おおむねあるが制限はある、 △ 特定の用途にのみ、または短時間使える状況である、 × ない・使えない - 不明	◎ ○ △ × -	歯磨き用の水、歯磨き等の場所などの問題点・必要物資など：
(3) 口腔清掃用具等の確保	歯ブラシ（成人・乳幼児）、歯みがき、コップ、義歯ケース・洗浄剤：（避難者数に対する割合） ◎ 90%以上が確保、 ○ 70～90%が確保、 △ 40～70%が確保、 × 40%以下のみ確保、 - 不明	◎ ○ △ × -	歯ブラシ（成人用・小児用・乳幼児用）、歯磨き剤、うがい用コップ、義歯洗浄剤、義歯ケースなどの問題点・必要物資など： ※ 不足物品を補充した場合は、それも記載
(4) 口腔清掃や介助等の状況全体状況	歯や義歯の清掃、乳幼児・障害・要介護者の介助：（避難者数に対する割合） ◎ 90%以上が確保、 ○ 70～90%が確保、 △ 40～70%が確保、 × 40%以下のみ確保、 - 不明	◎ ○ △ × -	歯磨きや義歯の清掃に問題があればその理由。乳幼児や障害児者・要介護者で口腔ケア介助の問題点・必要性など：
(5) 歯や口の訴え 義歯の問題 食事等の問題	痛みあり、義歯問題、食事不自由：（避難者数に対する割合） ◎ 90%以上が問題なし、 ○ 70～90%が確保、 △ 40～70%が確保、 × 40%以下のみ確保、 - 不明	◎ ○ △ × -	※ 重なる場合は複数の項目に含めてください a 痛みがある者 (約 人) b 義歯紛失や義歯破折 (約 人) c 食事等で不自由な者 (約 人) (咀嚼や嚥下の機能低下等による) その他、要対応者の詳細情報：
その他の問題	例) 歯科保健医療に関するその他の事項、避難所のインフラ・衛生状況等に関する事項、他の保健医療チームに伝達すべき事項		

※ 書ききれない情報や関連情報は、特記事項欄に記入してください。

標準Ver4.1(202402)