

災害支援活動  
歯科衛生士実践マニュアル改訂版  
(書式改訂)

平成30年12月

公益社団法人 日本歯科衛生士会

## はじめに

本会では、災害時に状況を把握しながら避難所での支援ができるよう、平成25年に「災害支援活動歯科衛生士実践マニュアル」を作成しました。その後検討を重ね、平成27年に改訂版、平成28年に追補版を作成しました。

この度、「災害支援活動歯科衛生士実践マニュアル改訂版」の書式を改訂しました。

平時から、不測の事態に対応できる備えとして、このマニュアルを活用していただければ幸いです。

地域歯科保健委員会

## 災害支援書式 新旧対照早見表

ページ	新しい書式	変更	平成 27 年改定版の書式
1	<b>P 14</b> 災歯 1 避難所アセスメントシート	なし	14 ページ
2	<b>P 15</b> 災歯 2-1 施設・避難所等歯科口腔保健標準アセスメント票 (レベル 2)	変更	<b>P15</b> 避難所等歯科口腔保健 標準アセスメント票 (レベル 2)
	<b>P 17</b> 災歯 2-2 施設・避難所等歯科口腔保健標準アセスメント票 (レベル 2) 総括表<簡易版>	名称 変更	<b>P17</b> 避難所等歯科口腔保健 標準アセスメント票 (レベル 2) 用 総括表<簡易版>
	<b>P 18</b> 災歯 2-3 施設・避難所等歯科口腔保健標準アセスメント票 (レベル 2) 総括表<詳細版>	名称 変更	<b>P18</b> 避難所等歯科口腔保健 標準アセスメント票 (レベル 2) 用 総括表<詳細版>
3	<b>P 19</b> 災歯 3-1 災害時の歯・口に関する質問用紙	変更	<b>P20</b> レベル 3 (個人レベル) 歯科版個別アセスメント票 支援者用 歯科医療・口腔ケアニーズ調査票(個別)
	<b>P 20</b> 災歯 3-2 歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票(個別・個人)	変更	<b>P21</b> レベル 3 (個人レベル) 歯科版個別アセスメント票 歯科衛生士用 歯科医療・口腔ケアニーズ調査票(個別) <b>P22</b> 歯科衛生士による口腔ケア及び歯科保健指導等の実施記録 歯科保健相談・口腔ケア・指導票
	<b>P 21</b> 災歯 3-3 歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票(個別・複数)	変更	<b>P19</b> レベル 3 (個人レベル) 歯科版個別アセスメント票 支援者用 歯科医療・口腔ケアニーズ調査票(集団) <b>P23</b> 歯科衛生士による口腔ケア及び歯科保健指導等の実施記録 歯科保健相談・口腔ケア・指導者実施名簿
	<b>P 22</b> 災歯 3-4 歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票(個別・複数) 総括表	変更	<b>P25</b> 要請元及び歯科衛生士会への報告 歯科衛生士活動報告書
	<b>P 23</b> 災歯 3-5 歯科保健指導実施票 (集団)	変更	<b>P24</b> 歯科衛生士による口腔ケア及び歯科保健指導等の実施記録 施設・保育所・学校等における歯科保健教育実施記録
	<b>P 24</b> 災歯 3-6 歯科保健医療救護 個別記録票(災害時歯科共通対応記録)	新規	
	<b>P 25</b> 災歯 3-7 歯科保健医療救護 報告書(災害時歯科共通対応記録)	新規	
管理	<b>P 26</b> 災歯 4-1 災害支援活動報告書 (日報)	変更	<b>P25</b> 要請元及び歯科衛生士会への報告 歯科衛生士活動報告書
	<b>P 27</b> 災歯 4-2 災害支援活動口腔衛生物品管理表	新規	
	<b>P 28</b> 災害 4-3 災害支援活動歯科衛生士シフト管理表	新規	

(5) 災害時の歯科保健医療福祉活動と関係書式

災害時の活動では、必要な時に必要とされている支援を届けることが重要です。そのためには継続的な共通アセスメントを使用して、関係機関や関係者と情報を共有し対応していく事が大切です。ここでは口腔ケアや歯科保健活動を行う場合の各種書式を記載しています。

監修：中久木康一先生  
(東京医科歯科大学)

✿すぐに活用できる各種様式

フェーズ1

公衆衛生：共通の眼（集団・迅速 全体評価、レベル1）

避難所アセスメントシート（全体評価）……………P14

公衆衛生：歯科職の眼（集団・迅速 歯科評価、レベル2）

災歯 2-1 施設・避難所等 歯科口腔保健 標準アセスメント票……………P15

災歯 2-2 施設・避難所等 歯科口腔保健 標準アセスメント票 総括表 <簡易版>……………P17

災歯 2-3 施設・避難所等 歯科口腔保健 標準アセスメント票 総括表 <詳細版>……………P18

フェーズ2

臨床的な歯科職の眼（個別 歯科評価、レベル3）

- 災歯 3-1 災害時の歯・口に関する質問用紙……………P19
- 災歯 3-2 歯科保健医療 ニーズ調査・保健指導実施票（個別・個人）……………P20
- 災歯 3-3 歯科保健医療 ニーズ調査・保健指導実施票（個別・複数）……………P21
- 災歯 3-4 歯科保健医療 ニーズ調査・保健指導実施票総括票……………P22
- 災歯 3-5 歯科保健指導 実施票（集団）……………P23
- 災歯 3-6 歯科保健医療救護 個別記録票（災害時歯科共通対応記録）……………P24
- 災歯 3-7 歯科保健医療救護 報告書（災害時歯科共通対応記録）……………P25

フェーズ3

管理・運営に使う書式

- 災歯 4-1 災害支援活動 報告書（日報）……………P26
- 災歯 4-2 災害支援活動 口腔衛生物品管理表……………P27
- 災歯 4-3 災害支援活動 歯科衛生士シフト管理表……………P28

管理・運営



施設・避難所等歯科口腔保健 標準アセスメント票 (レベル2)

※事前把握項目

避難所等の名称		市町村名	
避難者等の人数(仮設を含む)	人( 月 日現在)	避難所等の責任者氏名	
評価年月日(曜日)	年 月 日 ( )	連絡先(電話等)	
評価時在所避難者等の人数	人(AM/PM 時現在)	情報収集法	※ 実施した方法をすべてチェック <input checked="" type="checkbox"/> 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 ( )
評価者氏名 職種	氏名: 所属: 職種: 1 歯科医師 2 歯科衛生士 3 保健師・看護師 4 医師 5 その他 ( )		

※事前把握項目

項目	簡易評価	確認項目(※確認できれば数値や具体的内容を記載)	特記事項
(1) 特に口腔衛生に配慮が必要な対象者		a 乳幼児(就学前) (約 人 or%), 不明 b 妊婦 (約 人 or%), 不明 c 高齢者(75歳以上) (約 人 or%), 不明 d 障がい児者・要介護者 (約 人 or%), 不明 e 糖尿病等の有病者 (約 人 or%), 不明	
(2) 口腔清掃等の環境	◎ (良好, 問題なし) ○ (概ね良好, 概ね問題なし) △ (やや問題あり) × (大いに問題あり) - (不明)	a 歯磨き用の水 1 充足, 2 不足*, 3 不明 * (具体的に: ) b 歯磨き等の場所 1 充足, 2 不足*, 3 不明 * (具体的に: )	
(3) 口腔清掃用具等の確保	◎ (良好, 問題なし) ○ (概ね良好, 概ね問題なし) △ (やや問題あり) × (大いに問題あり) - (不明)	a-1 歯ブラシ(成人用) 1 充足, 2 不足(約 人分), 3 不明 a-2 歯ブラシ(乳幼児用) 1 充足, 2 不足(約 人分), 3 不明 b 歯磨き剤 1 充足, 2 不足(約 人分), 3 不明 c うがい用コップ 1 充足, 2 不足(約 人分), 3 不明 d 義歯洗浄剤 1 充足, 2 不足(約 人分), 3 不明 e 義歯ケース 1 充足, 2 不足(約 人分), 3 不明	
(4) 口腔清掃状況	◎ (良好, 問題なし) ○ (概ね良好, 概ね問題なし) △ (やや問題あり) × (大いに問題あり) - (不明)	a 歯磨き 1 している, 2 ほとんどしていない, 3 不明 b 義歯清掃 1 している, 2 ほとんどしていない, 3 不明 c 乳幼児の介助 1 している, 2 ほとんどしていない, 3 不明 d 障がい児者・要介護者の介助 1 している, 2 ほとんどしていない, 3 不明	
(5) 歯や口の訴え・異常	◎ (良好, 問題なし) ○ (概ね良好, 概ね問題なし) △ (やや問題あり) × (大いに問題あり) - (不明)	a 痛みがある者 1 いる(約 人), 2 いない, 3 不明 b 食事等で不自由な者 1 いる(約 人), 2 いない, 3 不明 (義歯紛失、咀嚼や嚥下の機能低下等による)	
(6) 歯科保健医療の確保	◎ (良好, 問題なし) ○ (概ね良好, 概ね問題なし) △ (やや問題あり) × (大いに問題あり) - (不明)	a 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 1 あり, 2 ない, 3 不明 b 巡回歯科チームの訪問 1-① あり(定期的), 1-② あり(不定期) 2 ない, 3 不明	
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、医師や保健師等の他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。

〈本アセスメント票を活用する前の確認事項〉

## 施設・避難所等歯科口腔保健 標準アセスメント票（レベル2）について

この標準アセスメント票は、避難生活者の健康維持に影響する歯科口腔保健問題を概括的に把握し、現地災害対策本部（災害公衆衛生活動の歯科部門）に伝達して支援調整に役立てるための、歯科関係団体の共有する全国統一された標準版の情報収集ツールとして、多くの組織・団体の理解のもとで作成されたものです。

歯科や保健医療の専門職だけでなく、避難所の運営スタッフや支援者が用いて、本票の確認項目をふまえて評価することで、見逃しがちな歯科口腔保健の課題が浮かび上がるようになっていきます。

### 本票を用いた情報収集（アセスメント）にあたって注意すべき点

#### ◆ 事前の心構え

- 1 対象となる施設・避難所等の状況を十分に配慮して手短かに情報収集を実施すること。特に、避難者同士が助けあって運営している避難所の特性を踏まえて、余計な負担をかけないように臨むこと。
- 2 情報収集は、避難生活の長期化が見込まれる場合に行い、その開始時期は、基本的に超急性期・急性期の終了が見込まれる時点からとすること。
- 3 現地災害対策本部等からの指示調整に従い、施設・避難所の事前情報を得た上で、本票を用いた情報収集を行うこと。

#### ◆ 実施の手順

- 1 施設・避難所の責任者（もしくは健康管理担当者等）に身分証などで自己紹介した上で、その目的（支援活動に先んずる必要性の把握）を告げ、責任者の同意・協力を得て実施すること。
- 2 情報収集は、各避難所等の状況に見合った方法（聞き取り・観察など）を選び、避難者及び運営スタッフに負担を与えないよう、短時間で概括的に把握して記載すること。
- 3 最後に、責任者（もしくは健康管理担当者等）に、情報収集の終了と結果概要を簡略に報告し（可能なら本票をコピーさせてもらい、写しを手渡ししながら再確認）し、この結果を必要な支援につなげる旨と継続的に情報収集に来ることの理解を得ておく。必要に応じて、避難所向けの歯科口腔保健パンフレット・リーフレット等を配布し、情報提供すること。
- 4 本票の不明な情報は「記載もれ」と区別するため、必ず「不明」等と明記して記載し、現地災害対策本部等の歯科コーディネーター（保健所、市町村または歯科医師会）に届けること。

（注）本アセスメント票の「施設・避難所等」とは、被災下で一時的に宿泊・食事等の生活をする場所全般を想定しています。したがって、高齢者・障害者・病弱者等の通常の生活にも困難な要援護者等のための福祉避難所、更に広義には被災下での福祉施設から自宅等も含んだ一時的な生活の場所が該当します。

本アセスメント票の記入の仕方がわからない場合や緊急時の用件については、現地災害対策本部等の歯科コーディネーターにご連絡ください。〈連絡先〉所属：

氏名：

電話番号：

施設・避難所等歯科口腔保健標準アセスメント票(レベル2)用 総括表<簡易版>

No	アセスメント 実施年月日	20 ~ 20 年 月 日	(1)ハイリスク 者(人、%) 特に口腔衛生 に配慮が必要 な対象者	(2)環境 口腔清掃等の 環境	(3)用具 口腔清掃用具 等の確保	(4)清掃行動 口腔清掃 状況	(5)症状 歯や口の 訴え・異常	(6)専門支援 歯科保健医療 の確保	作成年月日		20 年 月 日
									施設・避難所等 の 名称	施設・避難者 等の 人数(人)	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											



## 災歯3-1

## 災害時の歯・口に関する質問用紙

ふりがな		男	年	<input type="checkbox"/> 0~5	<input type="checkbox"/> 6~18	介	<input type="checkbox"/> 非該当
氏名		女	齢	<input type="checkbox"/> 19~64	<input type="checkbox"/> 65以上	護	<input type="checkbox"/> 要支援1・2
実施日	年 月 日 曜日	実施場所				度	<input type="checkbox"/> 要介護

食事についておたずねです。食事が食べにくいことがありますか …………… はい・いいえ

はい に丸を付けた方は次の質問にもお答えください ↓

弁当などを出された時に、食べにくいことがある	はい	・	いいえ
食事中にむせることがある	はい	・	いいえ
食事中や食後に咳き込む・痰がからむなどがある	はい	・	いいえ

歯や口についておたずねします。痛いところがありますか …………… はい・いいえ

はい に丸を付けた方は次の質問にもお答えください ↓

歯がしみる・痛む	はい	・	いいえ
歯ぐきの腫れ・痛み・血が出る	はい	・	いいえ
口内炎ができています	はい	・	いいえ
口が開かない・開けると痛い	はい	・	いいえ
その他、痛むところがある ( )	はい	・	いいえ

歯みがきについて下記のような問題点がありますか …………… はい・いいえ

はい に丸を付けた方は次の質問にもお答えください ↓

歯ブラシ等ケア用品が不足している。	はい	・	いいえ
何が必要ですか ( )			
水が不足している。	はい	・	いいえ
洗面所が足りない	はい	・	いいえ
その他、歯みがきをするにあたっての問題点がある	はい	・	いいえ
( )			

入れ歯について下記のような問題点がありますか …………… はい・いいえ

はい に丸を付けた方は次の質問にもお答えください ↓

入れ歯がない・壊れている	はい	・	いいえ
入れ歯を使っていない	はい	・	いいえ
入れ歯が合わない・噛みにくい	はい	・	いいえ
入れ歯の清掃が十分にできない	はい	・	いいえ
入れ歯の保管ケースがない	はい	・	いいえ

上記以外に何かお困りなことがありましたらお書きください

痛みや不具合がある場合、歯医者に行くことはできますか …………… はい・いいえ

はい に丸を付けた方は次の質問にもお答えください ↓

かかりつけの歯医者がありますか？	はい	・	いいえ
歯科医院名 ( ) ←			

\* ご記入ありがとうございます。終了した方は歯科担当者にお渡しください

## 災歯3-2

## 歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票(個別・個人)

実施日： / / 実施場所：

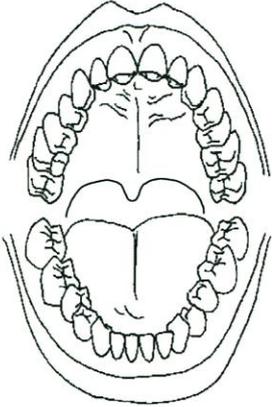
ふりがな 氏名	男 女	年 齢	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65以上	介 護 度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護
実施場所の категория： <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

主訴	
----	--

## 【口腔機能】

食事中や食後のむせ	1 ない	2 あまりない	3 あり
食事中や食後の痰のからみ	1 ない	2 あまりない	3 あり

## 【口腔内状況】

口腔衛生 状態	プラークの付着状況	1 ほとんどない	2 中程度	3 著しい	
	食渣の残留	1 ない	2 中程度	3 著しい	
	舌苔	1 ない	2 薄い	3 厚い	
	口腔乾燥	1 ない	2 わずか	3 著しい	
	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い	
義歯の状況	上顎	1 総義歯	2 部分床義歯	3 義歯なし	
	下顎	1 総義歯	2 部分床義歯	3 義歯なし	
	義歯プラーク付着状況	1 ほとんどない	2 中程度	3 著しい	
臼歯部での 咬合	義歯なしの状態	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側	
	義歯ありの状態	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 両側	
歯科疾患	歯周病	1 ない	2 あり	→ 痛み あり	
	う蝕	1 ない	2 あり	→ 痛み あり	
	粘膜疾患	1 ない	2 あり	→ 痛み あり	

## 【申し込み内容】

1.口腔衛生	2.口腔機能	3.義歯	4.治療連携	5.その他
--------	--------	------	--------	-------

継続指導の必要性  不要  要

記載者 所属・氏名	連絡先
--------------	-----

## ご本人控え

お名前	日付	年	月	日	曜日
お口の状態					
注意事項					
記載者 所属・氏名	チーム名	連絡先			

歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票(個別・複数)

実施場所：

実施日： 年 月 日 No( )

実施場所の 카테고리	当日の登録人数	その他、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
<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 ( )			連絡先

※ 標準(迅速集団)アセスメント票との対応

名前	年齢	性別	(5) 食事をする時の問題 歯が痛い、食べにくい、食事の中のむせ	(2)(3) 歯みがきの環境問題 歯ブラシ・ケア用品・水や場所の確保	(4) 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	(6) 歯口の清掃問題 舌の汚れ、口臭、口の中の汚れ	歯科治療の問題 痛み、義歯紛失等に対する、歯科治療の確保	詳細記載欄 例： 歯や口の訴え、口腔清掃に関わる不足物品・環境の問題、口腔清掃状態、医療やケアのニーズ 疾病や障害など特別に必要な配慮	歯科保健指導内容				追加 対心 ・ 継続 指導
									口腔衛生	口腔機能	義歯	治療連携	
1	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
2	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
3	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
4	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
5	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
6	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
7	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
8	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
9	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				
10	<input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18 <input type="checkbox"/> 19~64 <input type="checkbox"/> 65~	男 女	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				

## 歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票 総括票

実施場所： 当日の登録者数   人 実施日： 年 月 日 曜日

実施場所の 카테고리：  避難所  仮設住宅  施設  在宅  その他 (            )

\* 実施票は複数あっても「総括表」は日ごと、実施場所や活動ごとに分けて、1枚にまとめてください

### 【対応者数集計】

(単位：人)

対応 総人数	年齢				性別	
	0～5	6～18	19～64	65～	男性	女性

### 【ニーズ内容集計】

(単位：人)

(単位：人)

歯科口腔の 問題	食事をする 時の問題	歯みがきの 環境問題	歯みがきを する問題	歯や口の 清掃問題	歯科治療の 確保問題	→	追加対応 継続指導
ない							→
ある						不要	

### 【指導内容集計】

(単位：人)

歯科保健 指導	口腔衛生 管理	口腔機能 管理	義歯の 管理	歯科治療 連携	→	→
実施						
					不要	

### 【申し送り事項】

申し送り先	内 容

### 【記載者】

所属・氏名	連絡先	
-------	-----	--

※ 本部や関連機関への報告や、記録管理に活用ください。

作成 2018.12

災歯3-5

## 保健指導実施票(集団)

実施場所： 当日の  人 実施日： 年 月 日 曜日  
 登録者数

↑夜間就寝数を記入してください

実施場所の категория：  避難所  仮設住宅  施設  在宅  その他 ( )

対象者	妊婦( 人) 幼児( 人) 児童・生徒( 人)	参加 人数	人
	成人( 人) 高齢者( 人) 障害児・者( 人)		

## 【指導内容】

1.口腔衛生管理 2.口腔機能管理 3.義歯の管理 4.歯科治療連携 5.その他

\*簡単に指導内容を書いてください

継続指導の必要性  不要  要

## 【申し送り事項】

--

記載者 所属・氏名	連絡先
--------------	-----



## 災歯3-7

## 歯科保健医療救護報告書(災害時歯科共通対応記録) 災害歯研ver1.3

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)班員名 (氏名・職種)	チーム全員の名前と職名(略称可)を記載ください	
(2)業務内容	対応したものに○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、「避難所等歯科口腔保健 標準アセスメント票(レベル2)」も、別途記載し提出してください
ロ 処置内容 処置人数	対応・処置 実人数: 人(男性 人、女性 人、記載なし 人) (内訳:18才未満 人、一般成人(18-64才) 人、高齢者(65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"/> 個別 歯科相談・保健指導のみ(口腔内なし) ( 人)
	<input type="checkbox"/> 再装着 ( 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"/> 義歯新製 ( 人)	<input type="checkbox"/> 個別 口腔ケア指導(口頭のみ) ( 人)
<input type="checkbox"/> 義歯修理・調整 ( 人)	<input type="checkbox"/> 個別 口腔ケアの実施、及び、指導 ( 人)	
<input type="checkbox"/> 歯内療法処置 ( 人)	<input type="checkbox"/> 個別 口腔ケアの実施のみ ( 人)	
<input type="checkbox"/> 保存修復処置 ( 人)	<input type="checkbox"/> 集団 歯科講話・保健指導・啓発 ( 人)	
<input type="checkbox"/> 歯周治療処置 ( 人)	<input type="checkbox"/> 口腔ケア用品の提供 ( 人)	
<input type="checkbox"/> 消炎鎮痛・処方 ( 人)	<input type="checkbox"/> その他の診察・指導など ( 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"/> ※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"/> 紹介(その他へ) ( 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、「避難所等歯科口腔保健 標準アセスメント票(レベル2)」も提出してください

災歯4-1

## 災害支援活動報告書【日報】

支援活動日： 年 月 日 曜日 活動時間 ~

## 【活動内容と活動場所】

活動内容	活動場所：避難所・施設名等	数
集団ニーズ調査		箇所
個別ニーズ調査		箇所
環境整備		箇所
物品補充・配布		箇所
歯科治療(診療補助)		箇所
歯科保健指導(個人)		箇所
歯科保健指導(集団)		箇所
その他		箇所

【その他の内容】（会議・打ち合わせ等についても記載してください）

--

## 【申し送り事項】

--

支援チーム 職種・氏名	
----------------	--

記載者 所属・氏名		連絡先	
--------------	--	-----	--

\*1日1枚、チームごとにつき作成してください

\*この用紙とは別に歯科保健医療救護報告書や歯科保健医療ニーズ・保健指導実施票(個別・複数) 総括表も提出してください



