

災害時の歯科口腔保健活動と関係様式

フェーズ1 公衆衛生：共通の眼

避難所日報（避難所状況）【共通様式 2-（1）】

避難所日報（避難者状況）【共通様式 2-（2）】

フェーズ2 公衆衛生：歯科職の眼

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)【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票(集団・迅速)総括表<簡易版>【災歯 2-2】

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)総括表<詳細版>【災歯 2-3】

フェーズ3 臨床的な歯科職の眼

災害時の歯・口に関する質問用紙【災歯 3-1】

歯科保健医療 ニーズ調査・保健指導実施票（個別・個人）【災歯 3-2】

歯科保健医療 ニーズ調査・保健指導実施票（個別・複数）【災歯 3-3】

歯科保健医療 ニーズ調査・保健指導実施票総括票【災歯 3-4】

歯科保健指導 実施票（集団）【災歯 3-5】

歯科保健医療救護 個別記録票（災害時歯科共通対応記録）【災歯 3-6】

歯科保健医療救護 報告書（災害時歯科共通対応記録）【災歯 3-7】

管理・運営に使用する様式

災害支援活動 報告書（日報）【災歯 4-1】

災害支援活動 口腔衛生物品管理表【災歯 4-2】

災害支援活動 歯科衛生士シフト管理表【災歯 4-3】

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票 (集団・迅速)

日本歯科医師会統一版

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	避難所等の責任者氏名 連絡先	()
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	記載者連絡先 (携帯電話等)

項目	確認項目 (※確認できれば数値や具体的内容を記載)	評価	評価基準 (参考)
(1) 歯科保健医療の確保	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なし, 9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なし, 9不明	◎ ○ △ × -	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
特記事項			
(2) 口腔清掃等の環境	a 歯磨き用の水 1充足, 2不足*, 9不明 * (具体的に:) b 歯磨き等の場所 1充足, 2不足*, 9不明 * (具体的に:)	◎ ○ △ × -	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
特記事項			
(3) 口腔清掃用具等の確保	a-1 歯ブラシ (成人用) 1充足, 2不足 (約 人分), 9不明 a-2 歯ブラシ (乳幼児用) 1充足, 2不足 (約 人分), 3不要, 9不明 b 歯磨き剤 1充足, 2不足 (約 人分), 9不明 c うがい用コップ 1充足, 2不足 (約 人分), 9不明 ※ 主観的におおまかに d 義歯洗浄剤 1充足, 2不足 (約 人分), 3不要, 9不明 e 義歯ケース 1充足, 2不足 (約 人分), 3不要, 9不明	◎ ○ △ × -	歯ブラシ (成人・乳幼児)、歯みがき、コップ、義歯ケース・洗浄剤: ◎90%以上が確保、○70~90%、△40~70%、×40%以下、-不明 (避難者数に対する割合)
特記事項			
(4) 口腔清掃や介助等の状況全体状況	a 歯磨き 1していそう, 2ほぼしていなそう, 9不明 b 義歯清掃 1していそう, 2ほぼしていなそう, 9不明 c 乳幼児の介助 1していそう, 2ほぼしていなそう, 3不要, 9不明 d 障がい児者・要介護者の介助 1していそう, 2ほぼしていなそう, 3不要, 9不明 ※ 主観的におおまかに	◎ ○ △ × -	歯や義歯の清掃、乳幼児・障害・要介護者の介護: ◎90%以上が確保、○70~90%、△40~70%、×40%以下、-不明 (避難者数に対する割合)
特記事項			
(5) 歯や口の訴え 義歯の問題 食事等の問題	※ 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 1いる (約 人), 2いない, 9不明 b 義歯紛失や義歯破折 1いる (約 人), 2いない, 9不明 c 食事等で不自由な者 1いる (約 人), 2いない, 9不明 (咀嚼や嚥下の機能低下等による)	◎ ○ △ × -	痛みあり、義歯問題、食事不自由: ◎90%以上が問題なし、○70~90%、△40~70%、×40%以下、-不明 (避難者数に対する割合)
特記事項			
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。

標準Ver4.0(20200206)

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）の記入ステップ

STEP 1 避難所等の情報を記入

- 避難所等の名称
- 市町村名
- 評価年月日
- 避難所の責任者名

STEP 2 避難者人数・所在人数を記入

避難者数：夜間を含む、本部に登録されている避難者数を記録します。

評価時に所在していた避難者数：曜日や時間帯によって避難所にいる人数は違います。評価時に避難所に在りしていた避難者数を記録します。

STEP 3 情報収集方法を記入

情報収集法については実施した方法すべてにチェックを入れてください。該当する項目がない場合には、その他にチェックを入れ（ ）内に方法を記入します。

STEP 4 記入者の氏名などを記入

自分の氏名・所属・職種・連絡先を記入します。

STEP 5 確認項目の情報を記入

- 1) 歯科保健医療の確保
- 2) 口腔清掃等の環境
- 3) 口腔清掃用具等の確保
- 4) 口腔清掃や介助等の状況、全体状況
- 5) 歯や口の訴え、義歯の問題、食事等の問題

STEP 6 評価を◎○△×-で行う

右端の簡易評価は、大まかに避難所等々を評価するもので、次の支援活動に影響します。迷う場合はチーム内で相談して評価します。自分が評価に迷った理由を特記事項に書いておくと良いでしょう。

- 確認項目については記入漏れがないよう1・2・3・9のいずれかに○を付けます。
- 3) 口腔清掃用具の不足している数がわかれば記入します。正確に何人分とわからない場合は、およその数字でも構いません。
- その他、気になったこと等は、特記事項欄に記載します。

災害2-1
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

避難所等の名称	避難所等の立地する自治体名	避難所等の責任者氏名	連絡先
評価年月日 年 月 日 ()	AM/PM 時 分	氏名	電話番号
避難者等の人数 (夜間含む、本部に登録している人数)	人 ()	氏名	電話番号
その内訳	人 ()	氏名	電話番号
評価時に所在していた避難者数	人 ()	氏名	電話番号
評価者 氏名・所属 職種	氏名	所属	職種
項目	確認項目 (※確認できれば簡易評価の内容を記載)	評価	評価基準 (参考)
(1) 歯科保健医療の確保	a 受け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なし、9不明	◎ ○ △ × -	歯科診療所の受療可能性 ◎はほぼ可能、○は3日に1回程度可能、△は1回以下、×は不可能、-は不明
特記事項	b 巡回歯科チームの訪問 1-◎あり(定期的)、1-△あり(不定期) 2なし、9不明	◎ ○ △ × -	
(2) 口腔清掃等の環境	a 洗面用水 1充足、2不足、9不明 ()	◎ ○ △ × -	2リットル以上/人/日 所： ◎は不自由ない、○はほぼ はほぼ不自由、△は 特定の用途のため、または 短時間確保する状況である、 ×は不自由、-は不明
特記事項	b 歯磨き等の場所 1充足、2不足、9不明 ()	◎ ○ △ × -	
(3) 口腔清掃用具等の確保	a-1 歯ブラシ(成人用) 1充足、2不足()、9不明 人分、3不備、9不明	◎ ○ △ × -	歯ブラシ(成人用・乳幼児用) 、歯みがき、フロア、 歯磨きペースト、洗剤等 ◎70%以上が確保、○ 70%~40%以下、- 70%、×40%以下、 不明(避難者数に対する割合)
特記事項	a-2 歯ブラシ(乳幼児用) 1充足、2不足()、9不明 人分、3不備、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	b 歯磨き剤 1充足、2不足()、9不明 人分、3不備、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	c フッ素入り歯磨き剤 1充足、2不足()、9不明 人分、3不備、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	d 歯磨きシート 1充足、2不足()、9不明 人分、3不備、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	e 義歯ケース 1充足、2不足()、9不明 人分、3不備、9不明	◎ ○ △ × -	
(4) 口腔清掃や介助等の状況	a 歯磨き 1している、2ほぼしている、9不明	◎ ○ △ × -	歯や歯茎の清掃、乳幼児・障害・要介護者の介助 ◎70%以上が確保、○ 70%~40%以下、 -70%、×40%以下、 不明(避難者数に対する割合)
特記事項	b 歯磨き指導 1している、2ほぼしている、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	c 乳幼児の介助 1している、2ほぼしている、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	d 歯科衛生士・要介護者の介助 1している、2ほぼしている、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	※主観的に判断した の介助	◎ ○ △ × -	
(5) 歯や口の訴え、義歯の問題、食事等の問題	a 歯や口の訴え 1いる()、2いない、9不明 人、3訴え、9不明	◎ ○ △ × -	歯や口の訴え、義歯の問題、食事等の問題 ◎90%以上が問題なし、○70%~90%、△40%~70%、×40%以下、 -不明(避難者数に対する割合)
特記事項	b 義歯の脱落や義歯の不具合 1いる()、2いない、9不明 人、3脱落、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	c 食事等で不自由な者 1いる()、2いない、9不明 人、3不自由、9不明	◎ ○ △ × -	
特記事項	d 食事等で不自由な者 1いる()、2いない、9不明 人、3不自由、9不明	◎ ○ △ × -	
その他の問題	その他()	◎ ○ △ × -	

point ●重要です●

空欄は確認漏れなのか、確認したが不明だったのか、わからなくなる場合があります。特記事項欄をうまく活用し、空欄や記入漏れがないよう気を付けましょう。

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) 総括表<簡易版>

アセスメント 実施年月日		20 年 月 日	20 年 月 日	作成者氏名 (所属名)		()		市町村名	作成年月日	20 年 月 日
No	避難所等の 名称	避難者等の 人数(人)	うち要配慮者 (乳幼児・妊婦 ・高齢者・障害 児者など)	(1)専門支援 歯科保健医療 の確保	(2)環境 口腔清掃等の 環境	(3)用具 口腔清掃の 用具等の確保	(4)清掃行動 口腔清掃や 介助等の 状況	(5)症状 歯や口の訴え 義歯の問題 食事等の問題	◎良好・問題なし、○ほぼ良好・ほぼ問題なし、 △やや問題あり、×大いに問題あり、－：不明	◎良好・問題なし、○ほぼ良好・ほぼ問題なし、 △やや問題あり、×大いに問題あり、－：不明
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

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) 総括表<詳細版>

アセスメント 実施年月日		20 年 月 日 ～ 20 年 月 日		作成者氏名 (所属名)		()		市町村名		作成年月日		20 年 月 日										
No	避難所等の 名称	避難者 等の 人数 (人)		要配慮者 配慮が必要な対象者 (人、%)		評価 時に 在り した 避難 者等 数 (人)		(1)専門支援 歯科保健医療 の確保		(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 口腔清掃や介助等の 状況		(5)症状 歯や口の 訴え・異常		備考				
		a 乳幼児 (就学 前)	b 妊婦	c 高齢者 (75歳 以上)	d 障がい 児・要 介護 者	a 歯科診療 所・救護 所・仮設 診療所な ど	b 巡回歯科 チームの 訪問	a 歯磨き 用の水	b 歯磨き 場所	a-1 歯ブラ シ(成 人用)	a-2 歯ブラ シ(乳 幼児 用)	b 歯磨き 剤	c うがい 用コッ プ	d 歯磨洗 淨剤	e 歯磨 ケース	a 歯磨き	b 歯磨清 掃		c 乳幼児 の介助	d 障がい 児・要 介護 者の介 助	a 痛みが ある者	b 歯菌紛 生や義 歯破折
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

災害時の歯・口に関する質問用紙

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
実施日	年 月 日 ()	実施場所				

●食事についてお尋ねします。食事が食べにくいことがありますか？----- はい・いいえ

「はい」に○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

●歯や口についてお尋ねします。痛いところがありますか？----- はい・いいえ

「はい」に○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○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 何が必要ですか ()	はい・いいえ
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○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○を付けた方は次の質問にもお答えください ↓

かかりつけの歯科医院はありますか？ 歯科医院名 ()	はい・いいえ	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------	--------------------------

*ご記入ありがとうございました。この質問用紙は歯科担当者にお渡しください。

災害時の歯・口に関する質問用紙の記入ステップ

STEP 1 避難者の方に質問用紙を渡す

この質問用紙はアンケート方式になっています。歯科専門職でない方が避難者に渡すこともあります。STEP 1・4は担当者・STEP 2・3は避難者のステップになっています。

災害3-1

災害時の歯・口に関する質問用紙

ふりがな	氏名	性別	年齢	歯	歯	歯
		男	0~5	6~18	19~64	65以上
		女				
実施日	年 月 日 ()	実施場所	歯	歯	歯	歯
			歯	歯	歯	歯

●食事についてお尋ねします。食事が食べにくいことがありますか？…………… はい・いいえ
「はい」に○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
食事中や食後に嘔き込む・腹がからむなどがある	はい・いいえ

●歯や口についてお尋ねします。痛いところがありますか？…………… はい・いいえ
「はい」に○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・痒み・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○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
何が不足ですか ()	はい・いいえ
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○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
入れ歯を磨いていない	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○を付けた方は次の質問にもお答えください ↓

かかりつけの歯科医院はありますか？	はい・いいえ
歯科医院名 ()	<input type="checkbox"/>

*ご記入ありがとうございます。この質問用紙は歯科担当者にお渡しください。
作成：2020.12 日本歯科衛生士会

STEP 2 基本情報を記入

- 記入者の氏名（ふりがな）
- 性別・年齢のカテゴリー
- 介護申請をしていれば要介護度にチェック
- 実施日・実施場所

STEP 3 質問に回答する

質問用紙の太字の質問（4つ）について「はい・いいえ」に○を付けてください。



「はい」に○を付けた方は、下の囲みの中の質問にも○を付けてください。



質問以外の問題がある場合は、下段の「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」の欄にお書きください。



「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？」の質問に対して「はい・いいえ」に○を付けてください。



書き終えたら歯科担当者にお渡しください。

STEP 4 質問用紙を受け取る

太字の質問に対して「はい」に○が付いている場合で、かかりつけの歯科医院があり、受診ができると回答した方には、早めの受診を勧めてください。それ以外の場合は、歯科支援チームか地元歯科医師会に連携をしてください。

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：

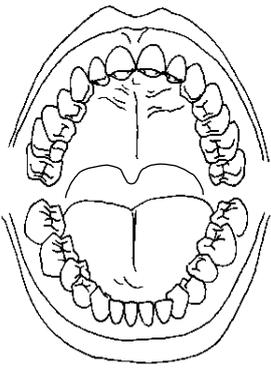
ふりがな 氏名	男 女	年 齢	<input type="checkbox"/> 0～5 <input type="checkbox"/> 6～18 <input type="checkbox"/> 19～64 <input type="checkbox"/> 65以上	介 護 度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護
実施場所の 카테고리： <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <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	→ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> あり	
	う触	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> あり	
	粘膜疾患	1 ない	2 あり	→ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> あり	

【指導・申し送り内容】

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 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要				
記載者 所属・氏名		連絡先		

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

ご本人控え

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

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

歯科保健医療ニーズ調査・保健指導実施票（個別・個人）の記入ステップ

災害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 □ 0~5 □ 6~18 □ 19~64 □ 65以上	介護 度	□ 非該当 □ 要支援1・2 □ 要介護
------	----	--------	--------------------------------------	---------	----------------------------

実施場所の 카테고리：□避難所 □仮設住宅 □施設 □在宅 □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】

プラークの付着状況	1 ほとんどない	2 中程度	3 多い
歯肉の腫瘍	1 ない	2 中程度	3 多い
歯垢	1 ない	2 多い	3 多い
口腔乾燥	1 ない	2 わずか	3 多い
口臭	1 ない	2 強い	3 強い
上顎	1 総歯	2 部分歯	3 歯なし
下顎	1 総歯	2 部分歯	3 歯なし
歯肉プラーク付着状況	1 ほとんどない	2 中程度	3 多い
臼歯部での歯肉なしの状態	1 ない	2 あり	→ □ 片側 □ 両側
咬合	1 歯肉ありの状態	1 ない	2 あり → □ 痛み □ あり
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

【指導・申し送り内容】

1. 口腔衛生 2. 口腔機能 3. 歯肉 4. 治療連携 5. その他

継続指導の必要性 □不要 □要

記入者
所属・氏名

連絡先

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

ご本人控え

お名前	日付	年 月 日 ()
お口の状況		
注意事項		
記入者 所属・氏名	チーム名	連絡先

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

切り取り線から
 切り取り
 被災者の方へ渡す



ご本人控え

お名前	日付	年 月 日 ()
お口の状況		
注意事項		
記入者 所属・氏名	チーム名	連絡先

作成：2020.12 日本歯科衛生士会

STEP 1 基本情報を記入

- 実施日・実施場所（避難所名）を記入
- 対象者の氏名・性別・年齢のカテゴリ
- 介護度・実施場所のカテゴリ
- 主訴を記入

STEP 2 アセスメントを実施、記録する

- 口腔機能について聞き取り又は観察を行う
- 口腔内状況について、アセスメントを実施する

STEP 3 指導内容を記録する

- 指導内容のカテゴリに○を付ける
- 指導内容を端的にまとめて記入する
- 継続指導の必要性の有無をチェックする
- 自分の氏名・所属・連絡先を記入する

STEP 4 指導内容の写しを渡す

- 「ご本人控え」に氏名・日付を記入する
- お口の状況を端的に記入する
- 生活上での注意事項等をわかりやすく、端的にまとめて記入する
- 自分の氏名・所属・チーム名・連絡先等を記入する
- 切り取り、「ご本人控え」を渡す

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()

実施場所のカテゴリー <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()	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
				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、食事中のむせ	(2)(3) 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		(4) 歯みがきをする問題 歯みがきできている、介助がされている		(1) 歯や口の清掃問題 舌の汚れ・口臭・口臭中の汚れ		(1) 歯科治療の確保問題 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、口腔清掃に関する不足物品・環境の問題、口腔清掃状態、医療やケアのニーズ	歯科保健指導内容				追加対応 継続指導		
	0から5	6から18	19から64	65以上	男		女	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし		あり	口腔衛生	口腔機能	義歯	治療連携	要	不要
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
集計																<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

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

実施場所： 当日の登録者数 人 実施日： 年 月 日 ()

↑夜間を含む本部に登録されている人数

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
<input type="text"/>						

【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	<input type="text"/>	要				
ある	<input type="text"/>					

*各項目の「ある」「ない」の合計は「対応総人数」と一致すること

【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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*ひとりに対して複数の指導を行った場合は全てカウントしてください

*「要」「不要」の合計は「対応総人数」と一致すること

【申し送り事項】

申し送り先	内容
<input type="text"/>	<input type="text"/>

記載者 所属・氏名	<input type="text"/>	連絡先	<input type="text"/>
--------------	----------------------	-----	----------------------

*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：2020.12 日本歯科衛生士会

災齒3-5

歯科保健指導実施票（集団）

実施場所： 当日の登録者数 人 実施日： 年 月 日（ ）

↑夜間を含む本部に登録されている人数

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	<input type="text"/> 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	<input type="text"/>	連絡先	<input type="text"/>
--------------	----------------------	-----	----------------------

災齒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、「歯科保健医療救護 個別記録票(災害時歯科共通対応記録)」も、別途記載し提出してください
ロ 処置内容 処置人数 対応した項目の □にチェックを 入れて、人数を 記載ください	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)	
	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	※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"/> 摂食嚥下機能スクリーニング(RSST、MWST、FT) (人)	
<input type="checkbox"/> 紹介(医科へ) (人)	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能の評価(頸部聴診など) (人)	
<input type="checkbox"/> 紹介(その他へ) (人)	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下に関わる指導(体位、間接訓練) (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"/> 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、「歯科保健医療救護 個別記録票(災害時歯科共通対応記録)」も別途記載し提出してください

災齒4-1

災害歯科保健活動報告書【日報】

支援活動日： 年 月 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ニーズ・保健指導実施票(個別・複数)、歯科保健医療ニーズ・保健指導実施票
総括表や歯科保健医療救護報告書も提出してください

災害歯科保健活動 口腔衛生物品管理表

【不足物品リスト】 *この書式は口腔衛生物品を避難所等へ届けるためのものです。

	物品名	依頼日	依頼数	依頼先	経過・結果	受取日	受取数
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

災齒4-3

災害齒科保健活動 齒科衛生士シフト管理表

月

齒科衛生士会

DH名 日付													計/日
(土)													
(日)													
(月)													
(火)													
(水)													
(木)													
(金)													
(土)													
(日)													
(月)													
(火)													
(水)													
(木)													
(金)													
(土)													
(日)													
(月)													
(火)													
(水)													
(木)													
(金)													
(土)													
(日)													
(月)													
(火)													
(水)													
(木)													
(金)													
(土)													
(日)													