

災歯4-2 歯科保健医療救護 報告書
 日本歯科医師会統一版 ver2.2(2025.11)

報告日:
 年
 月
 日 (
 )
 ※ この用紙は日ごと、実施場所ごとに記載ください

(報告者 所属・氏名:
 )
 (報告者 連絡先:
 )

業務日時	月 日 ( )	活動時間: 時 分 ~ 時 分
(1)実施者名 (氏名・職種)	実施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 実施場所	施設名・建物名 (市町村名 )	※ この用紙とは別に、それぞれの実施場所ごとの、 【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 シート(集団・迅速)」も、別途記載して、提出してください
ロ 対応・処置 内容・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 実施場所の 状況・活動報告		
(歯や口に関する ことのみ)		

※ この用紙は【災歯4-1】個別記録票に記載した情報を、「日ごと、実施場所ごと」に集計・集約するための用紙です。  
 本部や関連機関への報告、記録管理に活用ください。

※ この用紙とは別に、それぞれの実施場所ごとの、【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シート  
 (集団・迅速)」も、別途記載して、提出してください。