

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。緑は担当者・黄色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
	年 月 日 ()	男 □ 女 □	0~5 □ 6~18 □ 19~64 □ 65以上 □	歯 □ 歯抜1・2 □	歯 □ 歯介護 □	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 ()
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 ()

●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？ はい・いいえ
_____ 歯科医院名 ()

*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。