

# 参 考 資 料

❖災害時に使用する活動様式や、ポスター・チラシについて、媒体例として示します。

❖活動様式例、チラシ・ポスター例は、兵庫県ホームページにも掲載しています。

兵庫県トップページ > 暮らし・環境 > 健康・福祉 > 健康づくり

>災害時歯科保健活動指針

URL → [http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/shikahoken\\_saigai.html](http://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/shikahoken_saigai.html)

## 参考資料 I 活動様式例

### 1 歯科保健活動様式

※一例を示しています。

他自治体への支援時等は、受援自治体が示す様式を使うのが一般的です。

#### (1) 兵庫県オリジナル様式

- ① 歯科保健活動計画（歯科医療機関等の被災状況含む）
- ② 物品支援要請連絡票
- ③ 人材支援要請連絡票
- ④ 相談記録票（巡回歯科保健相談等の状況）
- ⑤ 歯科保健指導報告（歯科医療(救護)活動にも使用する）

1 歯科保健活動様式(1)

様式①

**歯科保健活動計画**  
(歯科医療機関等の被災状況含む)

**【送信元】**

送信年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日( )

所属(担当者): \_\_\_\_\_

連絡先: TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_



**【受信元】**

受信年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日( )

所属(担当者): \_\_\_\_\_

連絡先: TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_



調査日: \_\_\_\_\_ 年 月 日( )

**1 歯科保健活動計画**

|               | 活動内容                      | 活動に必要な物品等              | 必要総量 | 県内    |            |       | 国<br>関西広域<br>連合等 |
|---------------|---------------------------|------------------------|------|-------|------------|-------|------------------|
|               |                           |                        |      | 県民局単位 | 県(健康福祉事務所) | 関係団体等 |                  |
| <b>感染予防対策</b> | 【避難所・仮設住宅・施設】             | ①物資(物品)                |      |       |            |       |                  |
|               | 洗面所・トイレ等へのポスターの掲示及びチラシの配布 | ②人材<br>・歯科医師<br>・歯科衛生士 |      |       |            |       |                  |
|               |                           | ③その他<br>( )            |      |       |            |       |                  |
| <b>歯科保健活動</b> |                           | ①物資(物品)                |      |       |            |       |                  |
|               |                           | ②人材<br>・歯科医師<br>・歯科衛生士 |      |       |            |       |                  |
|               |                           | ③その他<br>( )            |      |       |            |       |                  |
| <b>歯科医療活動</b> |                           | ①物資(物品)                |      |       |            |       |                  |
|               |                           | ②人材<br>・歯科医師<br>・歯科衛生士 |      |       |            |       |                  |
|               |                           | ③その他<br>( )            |      |       |            |       |                  |

**2 歯科医療機関等の被災状況(損壊数・稼働状況等)**

|               | 病院  | 歯科口腔保健センター等 | 歯科診療所 | 障害者施設 | 高齢者施設 | その他 | 備考 |
|---------------|-----|-------------|-------|-------|-------|-----|----|
| 全壊/全数         | ／カ所 | ／カ所         | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所 |    |
| 半壊/全数         | ／カ所 | ／カ所         | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所 |    |
| 一部/全数         | ／カ所 | ／カ所         | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所 |    |
| なし/全数         | ／カ所 | ／カ所         | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所 |    |
| 稼働状況/全数       | ／カ所 | ／カ所         | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所   | ／カ所 |    |
| <b>【関連情報】</b> |     |             |       |       |       |     |    |

様式②

## 物品支援要請連絡票

**【要請元】**

送信年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( )

所属(担当者): \_\_\_\_\_

連絡先: TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_



**【支援元】**

返信年月日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ( )

所属(担当者): \_\_\_\_\_

連絡先: TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_

|                  | 物品            | 要請物品数<br>(送信欄) | 支援物品数<br>(返信欄) | 支援要請中(予定) |              |              |            |
|------------------|---------------|----------------|----------------|-----------|--------------|--------------|------------|
|                  |               |                |                | 必要物品総数    | 広域自治体<br>( ) | 関係団体等<br>( ) | その他<br>( ) |
| 歯科保健活動・歯科医療救護活動等 | 大人用歯ブラシ       | 本              | 本              | 本         | 本            | 本            | 本          |
|                  | 子ども用歯ブラシ      | 本              | 本              | 本         | 本            | 本            | 本          |
|                  | 歯みがき剤         | 本              | 本              | 本         | 本            | 本            | 本          |
|                  | 洗口液           | 本              | 本              | 本         | 本            | 本            | 本          |
|                  | デンタルフロス(糸ようじ) | 本              | 本              | 本         | 本            | 本            | 本          |
|                  | 歯間ブラシ         | 本              | 本              | 本         | 本            | 本            | 本          |
|                  | 舌ブラシ          | 本              | 本              | 本         | 本            | 本            | 本          |
|                  | 義歯用歯ブラシ       | 本              | 本              | 本         | 本            | 本            | 本          |
|                  | 義歯保管ケース       |                |                |           |              |              |            |
|                  |               |                |                |           |              |              |            |
| 関連情報             |               |                |                |           |              |              |            |
| 物品送付先            | 〒             |                |                |           |              |              |            |
|                  | 住所            |                |                |           |              |              |            |
|                  | 施設名           |                |                |           |              |              |            |
|                  | TEL           | ( )            |                |           |              |              |            |

様式③

## 人材支援要請連絡票

**【要請元】**

送信年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日( )

所属(担当者): \_\_\_\_\_

連絡先: TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_



**【支援元】**

返信年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日( )

所属(担当者): \_\_\_\_\_

連絡先: TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

メールアドレス: \_\_\_\_\_



|                        | 人材         | 要請人員<br>(送信欄) | 支援人員<br>(返信欄) | 支援要請中(予定) |              |              |            |
|------------------------|------------|---------------|---------------|-----------|--------------|--------------|------------|
|                        |            |               |               | 必要総人数     | 広域自治体<br>( ) | 関係団体等<br>( ) | その他<br>( ) |
| 行政関係者                  | 歯科医師       | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        | 歯科衛生士      | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        | その他<br>( ) | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
| 歯科保健活動・<br>歯科医療(救護)活動等 |            | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        | 歯科医師       | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        | 歯科衛生士      | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        | その他<br>( ) | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        |            | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        | 歯科医師       | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        | 歯科衛生士      | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        | その他<br>( ) | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
| その他                    |            | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
|                        |            | 人             | 人             | 人         | 人            | 人            | 人          |
| 支援内容                   |            |               |               |           |              |              |            |
| 関連情報                   |            |               |               |           |              |              |            |

## 巡回歯科保健相談等の状況

|     |  |        |  |
|-----|--|--------|--|
| 提出先 |  | 申し送り事項 |  |
|-----|--|--------|--|

実施日： 年 月 日 ( )

|     |              |  |     |     |
|-----|--------------|--|-----|-----|
| 報告者 | 所属           |  | 連絡先 | TEL |
|     | 氏名<br>(同行者名) |  |     | FAX |

## 【巡回相談設置場所等の状況】

|              |                             |   |  |
|--------------|-----------------------------|---|--|
| 指導場所<br>(名称) | 避難所 ・ 仮設住宅 ・ その他 ( )<br>( ) |   |  |
| 避難者数         | ・ 夜間：総数 ( ) 人 ・ 昼間：総数 ( ) 人 |   |  |
| 巡回相談場所の整備状況  | 生活状況                        | ・ 水の確保(有・無：代用の確保はできている： )<br>・ 水道設備の使用(洗面・トイレ・炊事用)<br>・ 電気(有・無)<br>・ ガス(有・無)<br>・ その他 ( ) |  |
|              | 周囲の状況                       | ・ 歯科医療機関・歯科口腔保健センター(無・有： カ所)<br>・ 医療機関(無・有： カ所)<br>・ その他 ( )                              |  |
|              | 食事<br>(必要に応じて記載)            | ・ 食事制限の必要な方 (有： 人・ 無： 未確認 )<br>・ 食事形態に工夫がいる方 (有： 人・ 無： 未確認 )                              |  |
| 口腔ケア用品の備蓄    | ・ 有<br>・ 無 (必要物品 )          |   |  |

## 【口腔ケアの実施状況】

|                                |                                   |  |  |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| 口腔ケアの実施状況                      | ・ 無 ・ 有(介入機関等 )                   |  |  |
|                                | ・ 個別 ( ) 回 ・ 集団 ( ) 回 ・ その他 ( ) 回 |  |  |
| 現状<br>※個別相談票等の結果をまとめて記載        |                                   |  |  |
| 問題点<br>課題<br>※個別相談票等の結果をまとめて記載 |                                   |  |  |
| 対応                             |                                   |  |  |
| 継続対応                           | ・ 要 (理由 )<br>・ 不要 (理由 )           |  |  |

**歯科保健指導報告**  
(歯科医療(救護)活動にも使用する)

|     |                        |        |  |
|-----|------------------------|--------|--|
| 提出先 | 【報告日】 年 月 日 ( )        | 申し送り事項 |  |
| 報告者 | 【代表者名】<br>【連絡先】携帯TELなど | 同行者名   |  |

**【個別歯科保健指導の内訳】...**( )内は要フォロー者 (単位:人)

| NO | 場 所 | 指導数合計 | 妊産婦 | 乳幼児 | 児童・生徒 | 成人  | 高齢者 | 障害者(児) | その他 |
|----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|--------|-----|
| 1  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 2  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 3  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 4  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 5  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 6  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 7  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 8  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 9  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 10 |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 合計 |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |

**【集団指導の内訳】...**( )内は要フォロー者 (単位:人)

| NO | 場 所 | 指導数合計 | 妊産婦 | 乳幼児 | 児童・生徒 | 成人  | 高齢者 | 障害者(児) | その他 |
|----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|--------|-----|
| 1  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 2  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 3  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 4  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 5  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 6  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 7  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 8  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 9  |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 10 |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |
| 合計 |     | ( )   | ( ) | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( )    | ( ) |

## 参考資料 I 活動様式例

### 1 歯科保健活動様式

※一例を示しています。

他自治体への支援時等は、受援自治体が表示様式を使うのが一般的です。

#### (2) 公益社団法人日本歯科衛生士会作成様式

➤ 「災害支援活動歯科衛生士実践マニュアル p11～16[すぐに活用できる各種様式]」  
(平成25年3月発行)より引用

URL → [http://www. jdha. or. jp/pdf/saigai\\_ manual. pdf](http://www.jdha.or.jp/pdf/saigai_manual.pdf)

- ① 歯科衛生士調査様式
- ② 支援者調査様式（個別用）
- ③ 支援者調査様式（集団用）
- ④ 歯科衛生士様式（個別用）
- ⑤ 歯科衛生士様式（集団用）※歯科保健相談・口腔ケア・指導実施連名簿
- ⑥ 歯科衛生士様式（集団用）※歯科健康教育等

① 歯科衛生士調査様式

歯科衛生士が避難所等でニーズ調査を行う時に使用する様式です。

歯科医療・口腔ケアニーズ調査票

調査日： / /

調査場所：

|                   |   |  |  |      |   |  |
|-------------------|---|--|--|------|---|--|
| ふりがな<br>氏名        | 男<br>・<br>女   | 年齢   | <input type="checkbox"/> 0~5歳<br><input type="checkbox"/> 6~18歳<br><input type="checkbox"/> 19-64歳<br><input type="checkbox"/> 65歳以上 | 介護認定 | <input type="checkbox"/> 非該当<br><input type="checkbox"/> 要支援1・2<br><input type="checkbox"/> 要介護__ |  |
| 住居場所              | <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 ( ) |  |  |      |   |  |
| アセスメント項目          | 洗口の問題   | ある……・歯ブラシ等ケア用品 ( )<br>・水 (洗口液等)<br>ない  | ない・ある<br>ない・ある   |      |   |  |
|                   | 口腔内の問題  | ある……・歯がしみる・痛む<br>・歯肉の腫脹・出血している<br>・口内炎等粘膜の問題がある<br>・口が開かない・開けると痛い<br>・口の中が汚れている (全体・一部)<br>・舌苔がついている (全体・一部)<br>・口臭がある<br>・その他 ( )<br>ない | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ   |      |   |  |
|                   | 食事の摂取と誤嚥の問題   | ある……・硬いものが食べにくい (お弁当など)<br>・食事中むせる・咳き込む・痰がからむ<br>・その他 ( )<br>ない  | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ   |      |   |  |
|                   | お口の環境の問題  | ある……・唇や口の中が渴いている<br>・口臭が気になる<br>・歯みがきができない・不十分である<br>ない  | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ   |      |   |  |
|                   | 義歯の問題   | ある……・義歯がない・壊れている<br>・義歯が合わない・噛みにくい<br>・義歯を持っているがはずしている<br>・義歯の清掃が十分にできない<br>ない   | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ   |      |   |  |
|                   | 全身  | ある<br>・喉が痛い・不快である<br>・咳がよく出る<br>・熱がよく出る<br>・薬を飲んでいる (病名 )<br>ない  | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ   |      |   |  |
|                   | 特記事項<br>(バ イオリイ・現症等)  |  |  |      |   |  |
|                   | 歯科保健指導  | 不要・要 ( )   |  |      |   |  |
| 歯科医師への連絡          | 不要・要 ( )  |  |  |      |   |  |
| 口腔ケア              | 不要・要 ( )  |  |  |      |   |  |
| その他<br>(支援物資等も含む) | 不要・要 ( )  |  |  |      |   |  |
| 担当者<br>所属・氏名      |   |  | 連絡先  |      |   |  |

公益社団法人日本歯科衛生士会作成



② 支援者調査様式（個別用）

他の支援者が避難所等において、個別にニーズ調査を行う時に使用する様式です。（個人情報）

歯科医療・口腔ケアニーズ調査票

～支援者のみなさまへ～

災害後の避難所において、お口の清掃や機能を保つことは、肺炎やインフルエンザなどの感染症の予防や免疫力を保つことに効果的です。下記項目について聞き取りをしていただき、より必要な人に必要な時期により良い支援を届けることができるように口腔ケア班にお渡し願います。歯科医師・歯科衛生士が対応できるようにいたします。



なお、この票は、個人情報のために取り扱いの注意をお願いします。

調査日： / /

調査場所：

|        |  |  |  |      |   |
|--------|--|--|--|------|---|
| ありがな氏名 | 男・女  | 年齢   | <input type="checkbox"/> 0～5歳<br><input type="checkbox"/> 6～18歳<br><input type="checkbox"/> 19～64歳<br><input type="checkbox"/> 65歳以上 | 介護認定 | <input type="checkbox"/> 非該当<br><input type="checkbox"/> 要支援1・2<br><input type="checkbox"/> 要介護__ |
| 住居場所   | <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（ ） |  |  |      |   |
| 聞き取り項目 | 歯みがきをする時の問題  | ある……・歯ブラシ等ケア用品（ ）<br>・水（洗口液等）<br>ない  |  |      | ない・ある<br>ない・ある  |
|        | 口の中の問題   | ある……・歯が痛む・しみる<br>・歯ぐきの痛み・腫れ・血がでている<br>・舌が汚れている<br>・唇や口の中が渴いている<br>・口臭が気になる<br>・口の中が汚れている<br>ない |  |      | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ  |
|        | 食事の時の問題  | ある……・硬いものが食べにくい（お弁当など）<br>・食事中むせる・咳き込む・痰がからむ<br>・その他（ ）<br>ない                                  |  |      | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ  |
|        | 入れ歯の問題   | ある……・入れ歯がない<br>・入れ歯が壊れている<br>・入れ歯が合わない・噛みにくい<br>・入れ歯の保管ケースがない<br>ない                            |  |      | はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ  |
|        | 上記以外に、何かありましたらご記入ください。   |  |  |      |   |

|              |     |
|--------------|-----|
| 担当者<br>所属・氏名 | 連絡先 |
|--------------|-----|

公益社団法人日本歯科衛生士会作成

**③ 支援者調査様式 (集団用)**

他の支援者が避難所・施設等で、集団でニーズ調査を行う時に使用する様式です。自由記載などの活用方法は注意が必要です。(個人情報)

**歯科医療・口腔ケアニーズ調査票**

調査年月日 / / 調査場所: No( )

| No | 名前 | 年齢  | 性別     | 聞き取り項目  |   |  |  | 追加<br>対応 | 特記事項 |
|----|----|---|--------|---|---|--|--|----------|------|
|    |    |   |        | 歯みがきをする時の<br>問題<br>(歯ブラシ・ケア用品<br>・水がない)               | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                 | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) |          |      |
| 1  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 2  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 3  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 4  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 5  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 6  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 7  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 8  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 9  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |
| 10 |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6~18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男<br>女 | 口の中の問題<br>(歯の痛み等・歯ぐきの痛み<br>等・舌の汚れ・口が強く・口<br>臭・口の中の汚れ) | 食事の時の問題<br>(硬いものが食べにくい・食<br>事中むせるなど)                  | 入れ歯の問題<br>(入れ歯がない・壊れてい<br>る・合わない・噛みにくい・<br>保管ケースがない) | 要<br>不要  |          |      |

所属・氏名 連絡先

対応場所: 避難所・施設・在宅・仮設住宅・その他 ( )  
当日の避難所・施設・在宅・仮設住宅等の登録人数 ( )

申し送り事項等がありましたらご記入ください。

**④ 歯科衛生士様式（個別用）**

歯科衛生士が避難所等において、個別に口腔ケアや相談を行う時に使用する様式です。

歯科保健相談・口腔ケア・指導票

相談・指導日： / /

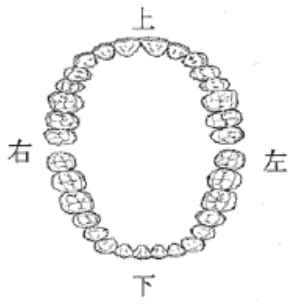
実施場所：

|              |  |              |  |      |   |
|--------------|--|--------------|--|------|---|
| ふりがな<br>氏名   | 男<br>・<br>女  | 年齢           | <input type="checkbox"/> 0～5歳<br><input type="checkbox"/> 6～18歳<br><input type="checkbox"/> 19～64歳<br><input type="checkbox"/> 65歳以上 | 介護認定 | <input type="checkbox"/> 非該当<br><input type="checkbox"/> 要支援1・2<br><input type="checkbox"/> 要介護 |
| 住居場所         | <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           |  |              |  |      |   |
| 口腔内の状態       | 1 きれい 2 ふつう 3 汚れている<br>4 非常に汚れている 5 食渣が多い  |              |    |      |   |
| 相談・口腔ケア・指導内容 | 1 歯面清掃 2 歯間部清掃 3 舌清掃<br>4 粘膜清掃 5 義歯の清掃 6 うがい<br>7 口腔機能訓練 8 唾液腺マッサージ 9 その他（ ）   |              |  |      |   |
| 配付物          | 1 歯ブラシ 2 歯間ブラシ 3 コップ<br>4 義歯ブラシ 5 義歯洗浄剤 6 義歯ケース<br>7 義歯安定剤 8 洗口剤 9 歯磨剤 10 保湿剤<br>11 フロス 12 パンフレット 13 その他（ ）  |              |  |      |   |
| 申し送り事項       |  |              |  |      |   |
| 継続指導         | 要・否  | 担当者<br>所属・氏名 | 連絡先  |      |   |

公益社団法人日本歯科衛生士会作成

ご本人控え

相談・指導日： / /

|              |  |  |   |  |  |
|--------------|--|--|---|--|--|
| ふりがな<br>氏名   |  |  |   |  |  |
| お口の状態        |  |  |   |  |  |
| 歯みがきの状態      |  |  |  |  |  |
| 気を付けていただくこと  |  |  |   |  |  |
| 配付物品の注意点     |  |  |   |  |  |
| 担当者<br>所属・氏名 |  |  | 連絡先   |  |  |

公益社団法人日本歯科衛生士会作成

⑤ 歯科衛生士様式(集団用)

歯科衛生士が、避難所・施設等において、集団を対象に行う歯科保健相談・口腔ケア・指導をする時の様式です。

歯科保健相談・口腔ケア・指導実施連名簿

実施年月日 / / 実施場所: No( )

| No | 名前 | 年齢  | 性   | 相談内容 | 指導内容   |         |           |         |       |          |       | 継続指導 | 特記事項    |  |
|----|----|---|-----|------|--------|---------|-----------|---------|-------|----------|-------|------|---------|--|
|    |    |   |     |      | 1 歯面清掃 | 2 歯間部清掃 | 3 舌・粘膜の清掃 | 4 義歯の清掃 | 5 うがい | 6 口腔機能訓練 | 7 その他 |      |         |  |
| 1  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 2  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 3  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 4  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 5  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 6  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 7  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 8  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 9  |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |
| 10 |    | <input type="checkbox"/> 0~5 <input type="checkbox"/> 6-18<br><input type="checkbox"/> 19-64 <input type="checkbox"/> 65~ | 男 女 |      |        |         |           |         |       |          |       |      | 要<br>不要 |  |

対応場所：避難所・施設・在宅・仮設住宅・その他（ ）  
当日の避難所・施設・在宅・仮設住宅等の登録者人数（ ）

所属・氏名 連絡先

**⑥ 歯科衛生士様式（集団用）**

歯科衛生士が、施設・保育所・学校等において健康教育を行った時に報告する様式です。

**歯科健康教育等**

実施日：        /        /               :        実施場所：

|   |  |     |  |
|---|--|-----|--|
| 避難所等名                                   | 住居場所 <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 (        )<br>当日の避難所・仮設住宅・施設・保育所・幼稚園・学校等の総人数 (        ) |     |  |
| 対 象                                     | 1 妊産婦 2 幼児 3 児童・生徒 4 成人 5 高齢者 6 障害児 (者)<br>参加人数 (        )   |     |  |
| 実施内容<br>(簡単に)                           |  |     |  |
| 支援物資の補<br>充の必要性                         |  |     |  |
| 申し送り事項                                  |  |     |  |
| 担当者氏名<br>連 絡 先<br>(参加した歯科衛生<br>士名を全て記入) | 所属歯科衛<br>生士会及び<br>従事者名   |     |  |
|   | 代表者<br>氏 名   | 連絡先 |  |

公益社団法人日本歯科衛生士会作成

## 参考資料 I 活動様式例

### 2 保健活動様式

※①～④は厚生労働省と国立保健医療科学院で共同開発中のクラウドを活用した災害時における情報共有システムとの共通様式です。保健活動全体の報告は、このシステムを活用して、発災直後から国や全国の自治体で情報を共有し、被災地での支援活動やその準備に活用される予定です。

そのため、これらについては項目の追加や削除、変更はせずにそのまま使用します。

※歯科保健活動時に当様式に記載されている内容を把握した場合、各エリアリーダーや統括保健師へ報告する必要があります。

- 「大規模災害における保健師の活動マニュアル p107～p111  
[災害時に活用する各種帳票]」（平成 25 年発行）より引用  
URL → <http://www.nacphn.jp/saigai-manyuaru.html>

- ① (様式 1) 健康相談票【共通様式】
- ② (様式 2) 避難所情報 (日報)【共通様式】
- ③ (様式 3) 避難所避難者の状況 (日報)【共通様式】
- ④ (様式 4) 派遣元自治体 活動報告書【共通様式】
- ⑤ (様式 5) 健康相談票 経過用紙

| 健康相談票(共通様式)  |  | 方法   | 対象者  | 担当者(自治体名)                       |    |                     |      |        |     |
|--|--|--|--|---------------------------------|----|---------------------|------|--------|-----|
| 初回・( )回  |  | ・面接<br>・電話<br>・その他<br>( )  | 乳児 幼児  | 相談日 年 月 日                       |    |                     |      |        |     |
| 保管先  |  |  | 妊婦 産婦 高齢者  | 時間                              |    |                     |      |        |     |
|  |  |  | 障害者  | 場所                              |    |                     |      |        |     |
|  |  | ( )  | その他( )   |                                 |    |                     |      |        |     |
| 基本的な状況   | 氏名(フリガナ)   | 性別   | 生年月日   | 年齢                              |    |                     |      |        |     |
|  |  | 男・女  | M・T・S・H 年 月 日  | 歳                               |    |                     |      |        |     |
|  | 被災前住所  | 連絡先  |  | 避難場所                            |    |                     |      |        |     |
|  | ①現住所   | 連絡先  |  | 自宅<br>自宅外:車・テント・避難所<br>(避難所名: ) |    |                     |      |        |     |
|  | ②新住所   | 連絡先  |  | 家族状況                            |    |                     |      |        |     |
|  | 情報源、把握の契機/相談者がいる場合、本人との関係・連絡先  |  |  | 独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯<br>家族問題あり( )   |    |                     |      |        |     |
|  | 被災の状況  |  |  | 制度の利用状況                         |    |                     |      |        |     |
| 家に帰れない理由<br>自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的要因(恐怖など)<br>その他( ) |  |  | ・介護保険(介護度 )<br>・身体障害者手帳( 級)<br>・療育手帳( 級)<br>・精神保健福祉手帳( 級)<br>・その他( )   |                                 |    |                     |      |        |     |
| 身体的・精神的な状況   | 既往歴  | 現在治療中の病気   | 内服薬  |                                 |    |                     |      |        |     |
|  | 高血圧、脳血管疾患、<br>高脂血症、糖尿病、<br>心疾患、肝疾患、<br>腎疾患、精神疾患、<br>結核、難病、<br>アレルギー、<br>その他<br>( ) | 高血圧、高脂血症、<br>糖尿病、心疾患、<br>肝疾患、腎疾患、<br>精神疾患、結核、<br>難病、アレルギー、<br>その他<br>( ) | なし・あり(中断・継続) 内服薬名( )   |                                 |    |                     |      |        |     |
|  |  |  | 医療器材・器具  | 医療機関名                           |    |                     |      |        |     |
|  |  |  | 在宅酸素・人工透析<br>その他( )  | 被災前:<br>被災後:                    |    |                     |      |        |     |
|  |  |  | 食事制限   | 血圧測定値                           |    |                     |      |        |     |
|  |  | なし<br>あり 内容( )<br>水分( )  | 最高血圧:<br>最低血圧:   |                                 |    |                     |      |        |     |
| 現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載)                          |  |  | 具体的自覚症状(参考)  |                                 |    |                     |      |        |     |
|  |  |  | ①頭痛・頭重②不眠③倦怠感④吐き気⑤めまい⑥動悸・息切れ⑦肩こり⑧目の症状⑨咽頭の症状⑩発熱⑪便秘/下痢⑫食欲⑬体重減少⑭精神運動減退/空虚感/不満足/決断力低下/焦燥感/ゆううつ/精神運動興奮/希望喪失/悲哀感⑮その他 |                                 |    |                     |      |        |     |
| 日常生活の状況  |  | 食事   | 保清   | 衣類の着脱                           | 排泄 | 移動                  | 意思疎通 | 判断力・記憶 | その他 |
|  | 自立   |  |  |                                 |    |                     |      |        |     |
|  | 一部介助   |  |  |                                 |    |                     |      |        |     |
|  | 全介助  |  |  |                                 |    |                     |      |        |     |
| 備考<br>必要器具など   |  |  |  |                                 |    |                     |      |        |     |
| 個別相談活動   | 相談内容   |  |  |                                 |    | 支援内容                |      |        |     |
|  |  |  |  |                                 |    | 今後の支援方針<br>解決<br>継続 |      |        |     |

**避難所情報 日報**  
(共通様式)

|       |            |
|-------|------------|
| 活動日   | 記載者(所属・職名) |
| 年 月 日 |            |

避難所活動の目的:

- ・公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討する。
- ・個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

|        |                   |                                 |  |              |
|--------|-------------------|---------------------------------|--|--------------|
| 避難所の概況 | 避難所名              | 所在地(都道府県、市町村名)                  | 避難者数   |              |
|        | 電話                | FAX                             | 昼: 人 夜: 人  |              |
|        | スペース密度            | 過密・適度・余裕                        | 施設の広さ  |              |
|        | 交通機関(避難所と外との交通手段) |                                 | 施設の概要図(屋内・外の施設、連絡系統などを含む)                            |              |
| 組織や活動  | 管理統括・代表者の情報       |                                 |  |              |
|        | 氏名(立場)            |                                 |  |              |
|        | その他               |                                 |  |              |
|        | 連絡体制 / 指揮・命令系統    |                                 |  |              |
|        | 自主組織              | 有( )・無                          |  |              |
|        | 外部支援              | 有(チーム数: 、人数: 人)・無<br>有の場合、職種( ) |  |              |
| 環境的側面  | ボランティア            | 有(チーム数: 、人数: 人)・無<br>有の場合、職種( ) | 避難者への情報伝達手段(黒板・掲示板・マイク・チラシ配布など)                      |              |
|        | 医療の提供状況           |                                 |  |              |
|        | 救護所               | 有・無 巡回診療 有・無                    |  |              |
|        | 地域の医師との連携         | 有・無                             |  |              |
|        | 現在の状況             |                                 | 対応   |              |
| 環境的側面  | ライフライン            | 電気                              | 不通・開通・予定( )  |              |
|        |                   | ガス                              | 不通・開通・予定( )  |              |
|        |                   | 水道                              | 不通・開通・予定( )  |              |
|        |                   | 飲料水                             | 不通・開通・予定( )  |              |
|        |                   | 固定電話                            | 不通・開通・予定( )  |              |
|        |                   | 携帯電話                            | 不通・開通・予定( )  |              |
|        | 設備状況と衛生面          | 洗濯機                             | 無・有(使用可・使用不可)  |              |
|        |                   | 冷蔵庫                             | 無・有(使用可・使用不可)  |              |
|        |                   | 冷暖房                             | 無・有(使用可・使用不可)  |              |
|        |                   | 照明                              | 無・有(使用可・使用不可)  |              |
|        |                   | 調理設備                            | 無・有(使用可・使用不可)  |              |
|        |                   | トイレ                             | 使用不可・使用可( 箇所)<br>清掃・くみ取り 不良・普・良<br>手洗い場 無・有 手指消毒 無・有 |              |
|        |                   | 風呂                              | 無・有(清掃状況: )  |              |
|        | 生活環境の衛生面          | 喫煙所                             | 無・有(分煙: 無・有)   |              |
|        |                   | 清掃状況                            | 不良・普・良   | 床の清掃 無・有     |
|        |                   | ゴミ収集場所                          | 無・有  | 履き替え 無・有     |
|        |                   | 換気・温度・湿度等                       | 空調管理   | 不適・適         |
|        |                   | 粉塵                              | 無・有  | 生活騒音 不適・適    |
|        |                   | 寝具乾燥対策                          | 無・有  |              |
|        |                   | ペット対策                           | 無・有  | ペットの収容場所 無・有 |
| 食事の供給  | 1日の食事回数           | 1回・2回・3回                        |  |              |
|        | 炊き出し              | 無・有                             | 残品処理 不適・適  |              |



**避難所避難者の状況 日報**  
(共通様式)

|       |            |
|-------|------------|
| 活動日   | 記載者(所属・職名) |
| 年 月 日 |            |

避難所活動の目的:

- ・公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討する。
- ・個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

|            |                 | 本日の状態 |              |         |      | 対応・特記事項 |
|------------|-----------------|-------|--------------|---------|------|---------|
| 配慮を要する人    | 高齢者             | 人     | うち65歳以上      | 人       |      |         |
|            |                 |       | うち要介護認定者数    | 人       |      |         |
|            | 妊婦              | 人     | うち妊婦健診受診困難者数 | 人       |      |         |
|            | 産婦              | 人     |              |         |      |         |
|            | 乳児              | 人     |              |         |      |         |
|            | 幼児・児童           | 人     | うち身体障害児      | 人       |      |         |
|            |                 |       | うち知的障害児      | 人       |      |         |
|            |                 |       | うち発達障害児      | 人       |      |         |
|            | 障害者             | 人     | うち身体障害者      | 人       |      |         |
|            |                 |       | うち知的障害者      | 人       |      |         |
| うち精神障害者    |                 |       | 人            |         |      |         |
| うち発達障害者    |                 |       | 人            |         |      |         |
| 難病患者       |                 | 人     |              |         |      |         |
| 在宅酸素療養者    |                 | 人     |              |         |      |         |
| 人工透析者      |                 | 人     |              |         |      |         |
| アレルギー疾患児・者 |                 | 人     |              |         |      |         |
| 服薬者数       | 服薬者             | 人     | うち高血圧治療薬     | 人       |      |         |
|            |                 |       | うち糖尿病治療薬     | 人       |      |         |
|            |                 |       | うち向精神薬       | 人       |      |         |
| 有症状者数      | 人数の把握           |       | 総数           | うち乳児・幼児 | うち妊婦 | うち高齢者   |
|            | 感染症症状           | 下痢    | 人            | 人       | 人    | 人       |
|            |                 | 嘔吐    | 人            | 人       | 人    | 人       |
|            |                 | 発熱    | 人            | 人       | 人    | 人       |
|            |                 | 咳     | 人            | 人       | 人    | 人       |
|            | その他             | 便秘    | 人            | 人       | 人    | 人       |
|            |                 | 食欲不振  | 人            | 人       | 人    | 人       |
|            |                 | 頭痛    | 人            | 人       | 人    | 人       |
|            |                 | 不眠    | 人            | 人       | 人    | 人       |
|            |                 | 不安    | 人            | 人       | 人    | 人       |
| 防疫的側面      | 食中毒様症状(下痢、嘔吐など) |       |              |         |      |         |
|            | 風邪様症状(咳・発熱など)   |       |              |         |      |         |
|            | 感染症症状、その他       |       |              |         |      |         |
| まとめ        | 全体の健康状態         |       |              |         |      |         |
|            | 活動内容            |       |              |         |      |         |
|            | アセスメント          |       |              |         |      |         |
|            | 課題/申し送り         |       |              |         |      |         |

様式 4

派遣元自治体 活動報告書(派遣元自治体から厚生労働省へ報告する様式)

|       |                |                |
|-------|----------------|----------------|
| 活動日   | 派遣元自治体名(都道府県名) | 派遣元自治体名(市区町村名) |
| 年 月 日 |                |                |

|                  |            |
|------------------|------------|
| 派遣先(都道府県名)       | 派遣先(市区町村名) |
|                  |            |
| 活動場所(該当するもの一つに○) |            |
| 避難所              | 避難所名:      |
| 仮設住宅             | 地域名:       |
| その他              |            |

\* 避難所毎、仮設住宅群毎に分けて報告して下さい。

|          |     |   |
|----------|-----|---|
| 派遣チーム人数  |     | 人 |
| うち職種別人数: | 保健師 | 人 |
|          | 事務職 | 人 |
|          | その他 | 人 |

支援活動

○実施した内容毎に実績を計上する。

○各項目には、下の項目一覧から番号を選択し、該当番号を記入する。

| 活動種別 | 対象 | 内容 |
|------|----|----|
|      |    |    |
|      |    |    |
|      |    |    |
|      |    |    |
|      |    |    |
|      |    |    |
|      |    |    |
|      |    |    |
|      |    |    |
|      |    |    |

<項目一覧>

|      | 活動種別(どんなことを)   | 対象もしくは内容   |
|------|--|--|
| 個別支援 | 1 訪問 2 健康相談 3 保健指導<br>4 他職種・他機関への紹介・調整<br>5 個別支援計画作成<br>6 ケア会議への出席<br>7 その他(活動内容を記載すること) | 【対象】<br>1 成人 2 妊婦 3 産婦 4 乳児 5 幼児<br>6 高齢者 7 知的障害者・児 8 身体障害者・児<br>9 精神障害者・児 10 発達障害者・児<br>11 難病患者 12 その他(対象者を記載すること)  |
| 集団支援 | 8 集団への健康教育<br>9 健康サロンの実施<br>10 その他(活動内容を記載すること)  | 【内容】<br>1 感染症対策 2 母子保健 3 精神保健(心の健康)<br>4 生活不活発病予防 5 エコノミークラス症候群予防<br>6 生活習慣病予防 7 閉じこもり予防<br>8 熱中症予防 9 その他(内容を記載すること) |
| その他  | 11 データ入力 12 帳票整理<br>13 健康サロンの実施準備<br>14 その他(活動内容を記載すること)                                 |  |

