

人間ドック

日付

学籍番号

名前

実 習 項 目	
実 習 内 容	<p><歯科検診・保健指導・栄養指導等></p>
考 察	

※1 実習指導者の方へ：ご指導後、押印またはご署名をお願い致します。

歯科衛生実践の過程（日赤熊本健康管理センター）

情報収集

日付

学籍番号

名前

主観的情報 (Subjective data : S データ)	客観的情報 (Objective data : O データ)
<input type="checkbox"/> 主訴 <input type="checkbox"/> 医科的現病歴 <input type="checkbox"/> 医科的既往歴 <input type="checkbox"/> 歯科的既往歴 <input type="checkbox"/> 服薬 <input type="checkbox"/> 栄養状態（食生活を含む） <input type="checkbox"/> 生活習慣 <input type="checkbox"/> 心理・社会・行動面 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> バイタルサイン <input type="checkbox"/> 口腔内写真 <input type="checkbox"/> 口腔内外の観察 <input type="checkbox"/> 歯・歯列の観察 <input type="checkbox"/> 歯周組織の検査 <input type="checkbox"/> 口腔衛生状態の検査 <input type="checkbox"/> エックス線写真 <input type="checkbox"/> 唾液検査 <input type="checkbox"/> 臨床検査 <input type="checkbox"/> その他

歯科衛生アセスメントー情報の整理・分類用紙

歯科衛生に関わる ニーズ	徴候および症状（整理・分類、歯科衛生診断の根拠、評価指標）		
	種類	歯科アセスメント情報	対象者の情報
①健康上のリスク に対する防御	S	さまざまなリスクへの不安の訴え	
	O	<input type="checkbox"/> 全身疾患 <input type="checkbox"/> 対診の必要性 <input type="checkbox"/> 血圧等のバイタルサインの異常 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> 抗凝固薬などの服用 <input type="checkbox"/> 抗菌薬の前投薬 <input type="checkbox"/> 緊急処置の必要性 <input type="checkbox"/> その他	
②不安やストレス からの解放	S	* ~への不安/恐怖の訴え <input type="checkbox"/> 歯科医師の対応 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士の対応 <input type="checkbox"/> 放射線被爆 <input type="checkbox"/> 以前の歯科治療の経験 <input type="checkbox"/> 診療費用 <input type="checkbox"/> プライバシー <input type="checkbox"/> 感染予防 <input type="checkbox"/> フッ化物毒性 <input type="checkbox"/> その他	
	S	* ~の不満の訴え <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 顔貌 <input type="checkbox"/> その他	
④生物学的に安定し た歯・歯列	S	<input type="checkbox"/> 咀嚼困難の訴え	
	O	<input type="checkbox"/> 歯の欠損 <input type="checkbox"/> アブフラクション <input type="checkbox"/> 不適合修復 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 咬合性外傷 <input type="checkbox"/> 不適合補綴装置 <input type="checkbox"/> パラファンクション <input type="checkbox"/> 咬耗・摩耗・侵蝕 <input type="checkbox"/> う蝕	
⑤頭頸部における皮膚 と粘膜の完全性	S	<input type="checkbox"/> 口腔内外の疼痛、知覚の訴え	
	O	<input type="checkbox"/> 口腔外の病変 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 歯肉の発赤、腫脹 <input type="checkbox"/> 栄養関連の口腔症状 <input type="checkbox"/> 触診時圧痛 <input type="checkbox"/> BOP あり <input type="checkbox"/> 歯肉歯槽粘膜の病変(付着歯肉、小帯その他) <input type="checkbox"/> PPD または AL4 mm以上 <input type="checkbox"/> その他	
⑥頭頸部の疼痛から の解放	S	<input type="checkbox"/> 歯科衛生介入前の疼痛 <input type="checkbox"/> 歯科衛生介入中の不快感 <input type="checkbox"/> 歯科衛生介入前の過敏 <input type="checkbox"/> 触診時圧痛 <input type="checkbox"/> その他	
	S	<input type="checkbox"/> 口腔疾患に対する低い関心 <input type="checkbox"/> 知識・認識に問題 <input type="checkbox"/> 歯科衛生ケア、セルフケアに対する低い関心 <input type="checkbox"/> その他	
⑧口腔の健康に関する 責任	S	<input type="checkbox"/> 不適切な口腔保健行動 <input type="checkbox"/> 不適切なセルフモニタリング <input type="checkbox"/> 過去 2 年内歯科未受診 <input type="checkbox"/> その他	
	O	<input type="checkbox"/> ブラーク付着 <input type="checkbox"/> 歯石沈着 <input type="checkbox"/> その他	

歯科衛生実践の過程（日赤熊本健康管理センター）

日付 _____ 学籍番号 _____ 名前 _____

年齢・性別	主訴		
基礎疾患等	服薬の有無・内容		
特記事項			
口腔内所見 歯、歯肉 E P P 値 口腔清掃状態 う蝕活動性 歯列不正 不適合修復物 口呼吸 食片圧入 その他			
生活習慣	生活習慣	食習慣	口腔清潔習慣
食習慣			
口腔清潔習慣			
ライフステージ ()期 における一般的 特徴や口腔保 健上の課題	一般的特徴	身体的特徴	口腔の特徴

歯科衛生アセスメント～歯科衛生診断								
領域 番号	充足されてい ないニーズ	情報処理—解釈・分析			情報の統合			歯科衛生診断
		Sデータ	Oデータ	解釈・分析	問題・強み	原因・関連因子	データ不足・ギャップ	

歯科衛生計画立案(のため診断の優先順位の決定)				※種別 (実在型・リスク型・ウェルネス型)
領域番号	優先順位	歯科衛生診断	理由	種別
	#	に関連した		
	#	に関連した		
	#	に関連した		
歯科衛生計画立案 (目標、介入計画)				
長期目標				
短期目標	歯科衛生診断	歯科衛生計画	C-P(ケアプラン) : カウンセリング、フッ化物塗布、スケーリング E-P(教育プラン) : ブラッシング指導、食生活指導 O-P(観察プラン) : 対象者の状態・反応、歯肉等の変化	
	#		C-P	
	#		E-P	
	#		O-P	
	#		C-P	
	#		E-P	
	#		O-P	

実習内容		
健診の流れ、使用器具・器材	自分が行った内容	患者観察・インタビュー
考察		
指導者 コメント		

※1 実習指導者の方へ：ご指導後、押印またはご署名をお願い致します。