

口腔保健指導計画(発達支援臨地実習Ⅱ 高齢者)

情報収集		日付	学籍番号	氏名
主観的情報		客観的情報		
○主訴	○栄養状態 (食生活を含む)	○バイタルサイン	○口腔衛生状態の検査	
○現病歴	○生活習慣	○口腔内写真	○エックス線写真	
○歯科的既往歴	○心理・社会・行動面	○口腔内外の観察	○唾液検査	
○医科的既往歴	○家族歴	○歯・歯列の観察	○臨床検査	
○服薬	○その他	○歯周組織の検査	○その他	

歯科衛生アセスメント情報の整理・分類用紙(フェイスシート、ADL・口腔状態、口腔内所見から読み取る)

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(S・Oがわかるように記入する)
①健康上のリスクに対する防御	S	<input type="checkbox"/> 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"/> 口腔の外傷リスク <input type="checkbox"/> 抗菌剤の前投薬の必要性 <input type="checkbox"/> その他	
②不安やストレスからの解放	S・O	* ~への不安/恐怖の訴え <input type="checkbox"/> 守秘性 <input type="checkbox"/> 放射線被爆 <input type="checkbox"/> 診療費用 <input type="checkbox"/> 歯科衛生ケア <input type="checkbox"/> 疾患伝染 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> フッ化物毒性	
	S・O	* ~の不満の訴え <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 息 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 顔貌	
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"/> 疾病の徴候の歯 <input type="checkbox"/> アブフラクション <input type="checkbox"/> 喪失歯 <input type="checkbox"/> 動揺 <input type="checkbox"/> 不適合修復 <input type="checkbox"/> 外骨症 <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"/> 摩耗 <input type="checkbox"/> 侵蝕	
⑤頭頸部における皮膚と粘膜の完全性	S	<input type="checkbox"/> 口腔内外の圧痛の訴え	
	O	<input type="checkbox"/> 口腔内外の病変 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 <input type="checkbox"/> 口腔内外の腫脹 <input type="checkbox"/> 栄養欠乏の口腔症状 <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/逸脱 <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・O	<input type="checkbox"/> 歯科衛生介入前の疼痛 <input type="checkbox"/> ケア中の不快感 <input type="checkbox"/> 歯科衛生介入前の過敏 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 触診時圧痛	
	S	<input type="checkbox"/> 歯科衛生ケアに対する質問がある <input type="checkbox"/> 歯科疾患について質問がある <input type="checkbox"/> その他	
⑦概念化と理解	O	<input type="checkbox"/> 問題行動(認知症等)	
	S	<input type="checkbox"/> 不適切な口腔衛生習慣 <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	
⑧口腔の健康に関する責任	O	<input type="checkbox"/> プラーク付着 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 歯石沈着	

ライフステージ高齢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

口腔内所見 (汚れの付着状況を含む) ※義歯も記入する



8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

(欠損歯× 残根歯△)

口腔粘膜の状況	異常なし・異常あり( 1.歯肉 2.舌 3.その他粘膜 4.全体 )	顎の状況	異常なし・異常あり( 変形・開口障害・その他 )
---------	------------------------------------	------	--------------------------

領域番号	欠落したニーズ	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(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
--------------------	------

歯科衛生計画 C-P(ケアプラン)E-P(教育プラン)O-P(観察プラン)		いつ	どこで	評価時期
短期目標	#	C-P		
		E-P		
		O-P		
	#	C-P		
		E-P		
		O-P		
	#	C-P		
		E-P		
		O-P		

※学生は4日目夕方までに実習指導者へ、フェイスシートADL・口腔状況、口腔保健指導計画の2枚を提出する。最終日までに完成させ大学教員へ提出。  
 ※実習指導者の方へ：本記録に関しては、学生が最終日までに作成し、大学教員がチェックをします。翌日、そのまま学生に返却して頂いて構いません。

