

訪問歯科衛生指導説明書

様

年 月 日

訪問先 居宅 施設 ()

口腔の状況

歯垢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
歯石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食物残渣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯清掃状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
舌苔	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯装着状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
口腔内出血	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯保管状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
びらん・潰瘍	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他	

口腔の清掃について

- 口腔清掃の重要性
- 含嗽、ブラッシング、歯肉マッサージの励行
- ブラッシング方法（フォーンズ スクラッピング バス ツマヨウジ）
- 使用器具（ブラシ スポンジブラシ 舌ブラシ 電動ブラシ）
- 唾液腺のマッサージ、舌・顔面体操、摂食・嚥下等の指導

有床義歯の清掃指導について

- 義歯の清掃（クラスプ 床粘膜面 床後縁 人工歯）
- 鉤歯、残存歯、歯肉のブラッシング
- 義歯の着脱指導・着脱介護指導
- 就寝時の扱い方 清掃後に、（水中 洗浄剤中）で 保管・装着

注意事項（食生活の改善等）

歯科衛生士	時間（ ~ ）
-------	---------

保険医療機関名 所在地・電話番号 担当歯科医	
------------------------------	--