

実習項目【

】学生番号:

氏名:

実習目標			
医療面接	患者氏名() 以下の点について、具体的にまとめる ※どのような情報を聴き取るか(箇条書き) 参照:1年生後期 保健指導法Ⅰ 第4回プリント 口腔の健康に関する意識 審美面に関する意識 ※医療面接の際に注意すべき点(術者の態度、身だしなみ、言葉遣いなど) 参照:1年生後期 保健指導法Ⅰ 第4回プリント		
実習内容	項目	使用器具・ 薬品・材料	操作の上で気をつけること 診査方法など
	1. 手指消毒 2. 事前準備 3. 医療面接 4. 口腔内診査 ①カリエス診査 ②PD→BOP→CI ③歯垢染色→ チャートマーキング ④ブラッシング状況の チェック 5. 後片付け		事前準備:歯周病予防技術法Ⅱのレポートを参照する ※医療面接については、上記でまとめるためここでの記入はなし ①カリエス診査 歯列の状態(歯数,転位,叢生など) 処置歯(インレー,レジン充填,アマルガム充填,全部鑄造冠など) 未処置歯(Cなど) 埋伏歯 半埋伏歯 歯肉の状態(色,形,硬さ,炎症状態(PMA),フェストウーン,クレフト,歯肉退縮,など) 口腔粘膜・舌・色素沈着(ステイン)など ②PD→BOP→CI(歯石の沈態) ③歯肉縁下歯石は、プローピングと同時にプローブで探査する ※探針(エキスプローラー)に持ち替える必要はない ③歯垢染色 参照:1年生前期 歯科保健指導基礎 第5回 ※染め出し前の準備・手順を見てまとめる ④ブラッシング状況のチェック 参照:1年生前期 歯科保健指導基礎 第2・3回 A:現在使用中の歯ブラシの形態 ヘッドの大きさ、杷柄部の形態や材質、消耗の程度(毛先の磨耗や広がり具合) 毛先の形態(ラウンド、テーパー、スーパーテーパーなど) B:ブラッシングテクニック→ブラッシング部位ごとに観察 ●歯ブラシの把持 ●振動幅(振幅) ●1度に何歯ずつ磨いているか ●ブラッシング圧(ブラッシング時の毛先の広がり具合や音) ●毛先のどの部分を使ってブラッシングしているか(つま先、かかと、わき) ●歯面と歯ブラシの毛先の角度 ●ブラッシング方法(水平法,スクラッピング法など) ●1ブロックをブラッシングするのにかかる時間 ●ブラッシング終了時にプラークがどこに残っているか

氏名：

実習目標			
医療面接	患者氏名() 以下の点について、具体的にまとめる ※どのような情報を聴き取るか(箇条書き)		
	※医療面接の際に注意すべき点(術者の態度、身だしなみ、言葉遣いなど)		
実習内容	項目	使用器具・薬品・材料	操作の上で気をつけること 診査方法など
	1. 手指消毒 2. 事前準備 3. 医療面接 4. 口腔内診査 ①カリエス診査 ②PD→BOP→CI(歯石沈着状態のチェック) ③歯垢染色→ チャートマーキング ④ブラッシング状況の チェック 5. 後片付け	患者の、現在使用中 歯ブラシ、補助清掃用具など	※医療面接については、上記でまとめるため ここでの記入はなし ※左上→右上→右下→左下 ※CIは点数化して診査表に記入する

健康調査票

記入日： 年 月 日

担当者：

(ふりがな)		性別	生年月日	年齢	職業
お名前		男・女	年 月 日	歳	
ご住所				お電話番号	

治療にあたり必要となりますので、次の問にお答えください。該当するものを○で囲み、
()内には正確にご記入ください。

困っていること(受診の目的)

- a. 歯が痛い b. 歯がしみる c. 歯ぐきがはれた d. 歯ぐきから血がでる
e. 歯が動く・浮いたような感じ f. 歯に物がはさまる g. 歯並びが気になる
h. 美的によくない i. あごが痛い j. つめもの・かぶせものがとれた
k. 口の臭いが気になる l. その他()
m. 予防検診・相談

症状は、いつからですか？ ()くらい前から

特に、どこ(場所)が気になっていますか？ ()

[備考]

【あなたの健康状態について】

1. 現在、医師にかかっていますか？ はい ・ いいえ
病 名() 病院名()
服 薬()
2. 次の病気にかかったことはありますか？
a. 高血圧 b. リウマチ c. 糖尿病 d. 心臓病 e. 腎臓病 f. 肝臓病 g. ぜんそく
h. 白血病 i. 胃・腸関連の病気 j. その他()
3. 手術や輸血の経験について
①これまでに手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
いつ頃()前 病名()
②これまでに輸血を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
4. 薬・食べものでアレルギーや過敏症状がでたことはありますか？ はい ・ いいえ
薬・食品名()
a. 気分が悪くなる b. じんましんが出る c. かゆくなる d. 気を失う e. その他()
5. あなたの体質・状態について
a. 皮膚・粘膜が弱い b. じんましんがやすい c. 心配性である
d. アレルギー体質といわれたことがある e. 血がとまりにくい f. ストレスがたまりやすい
g. 疲れやすい h. 特別なことはない
6. 女性のみ、現在妊娠していますか？ はい(カ月 週目) ・ いいえ

7. たばこについて

- ①現在喫煙をしていますか？ はい ・ いいえ
「はい」の方 ・いつ頃から喫煙を始めましたか？ ()くらい前から
・1日の喫煙本数はどれくらいですか？ ()本くらい
・禁煙を考えますか？ はい ・ いいえ(理由)
②ご家族に喫煙されている方はいらっしゃいますか？ はい ・ いいえ

【歯科治療について】

1. 最後に歯科医院へ行ったのは(年 か月)くらい前
その際は、どのような治療を受けましたか？
a. 虫歯の治療 b. 歯周病の治療 c. 抜歯 d. 矯正 e. その他()
2. 過去の歯の治療・抜歯などで具合が悪くなったことはありますか？ はい ・ いいえ
a. 血が止まりにくかった b. 気分が悪くなった c. 痛みが続いた d. 貧血を起こした
e. 熱が出た f. その他()

【歯磨きについて】

1. 1日何回歯を磨きますか？ ()回
それは、いつですか？
起床後すぐ ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前 ・ その他()
2. 歯磨き粉を使用していますか？ 使用している(商品名) ・ 使用していない
3. 補助清掃用具(デンタルフロス、歯間ブラシ等)を使用していますか？
使用している() ・ 使用していない
「使用している」場合、どれくらい使用していますか？
毎日 週2・3回 週1回 月1回
4. 他にお口のケアのためにお使いになっているものはありますか？(例：洗口剤など)
ある() ・ ない

【食事について】

1. 食事や間食は1日に何回くらい摂りますか？ 食事 回／日 間食 回／日

- ①現在、自分の食事の内容・量は、良好であると感じていますか？
よいと感じている どちらとも言えない 改善が必要だと感じている

- ②改善が必要な場合(その理由)

2. 次のものをどれくらい食べたり、飲んだりしますか？

食 品	程 度	備 考
キャンディ(のど飴・ミント類も含む)	1日 個	
甘味飲料	1日 本・杯	
チョコレート	1日 個・箱	
クッキー・ケーキ	1日 個・袋	
その他の間食		

【お口の状態への意識について】

1. 自分の口の中を鏡でみるがありますか？
a. 毎日 b. 週に何回か c. 月1度 d. ほとんどみない
2. 自分の歯をできるだけ多く維持したいと思いますか？
a. 強く思う b. 思う c. どちらでもない d. あまり思わない e. 全く思わない
3. 現在のお口の状態を、今後どのようにしたいと希望していますか？
(あてはまるものすべてに○)
a. よく噛めるようになり、おいしく食事がしたい b. 見た目をもっとよくしたい
c. 痛みがなくなればいい d. さわやかな息 e. とくに希望はない
4. お口の状態をより良くするために、自分でできることがあるとすれば、どの程度やりたいですか？
a. できることがあれば、何でもやりたい b. ある程度、やれることをやりたい
c. あまり自分ではやりたくない(理由: _____)
5. お口の状態をより良くするために、どのようなことをしたいと考えていますか？
(あてはまるものすべてに○)
a. 提案されたお口のケア(歯磨きなど)をしっかりやる
b. 歯やお口の健康と病気について良く知る
c. きちんと最後まで通院してお口のケアをしてもらう
d. あまり考えていない
e. その他(_____)
6. 歯科の定期健診を受けていますか？ はい ・ いいえ
7. 今まで、歯科医師や歯科衛生士が指導したこと(自宅での歯磨きの方法や、習慣の改選など)を、どの程度取り入れてきたと感じますが？
a. よく受け入れ実行した
b. たまに実行した
c. ほとんど受け入れず、実行しなかった
d. ほとんど指導、提案を受けたことはない

【その他】

上記に関して相違なければサインをお願いします。

年 月 日 ご署名