

令和3年度 神奈川県障がい児者入所施設における歯科保健状況調査票

施設名:	
メールアドレス:	電話番号:
御担当者名:	職 種:

貴施設の利用者に対する歯及び口腔の健康管理について、**令和2年度の状況**について御回答下さい。
各設問について、該当する番号について回答欄で選択若しくは記入して下さい。

【回答期限】: 令和3年8月13日(金)締切

1 貴施設での歯科検診の実施状況について		回答欄
(1)頻度	ア 年1回以上 イ 不定期 ウ 未実施 エ 例年は実施しているがコロナ禍で未実施	
(2)対象者	ア 施設利用者全員 イ 一部の施設利用者	
(3)実施方法	ア 施設内での実施 イ 歯科診療所での実施	
(4)協力機関	ア 協力歯科医療機関有り イ 協力歯科医療機関無し	

2 施設利用者の日常における口腔ケア実施状況について (※ その他を回答される場合は、()内に具体的に記述して下さい)		回答欄
(1)頻度	ア 1日1～2回 イ 毎食後 ウ 未実施 エ その他()	
(2)対象者	ア 施設利用者全員 イ 一部の施設利用者	
(3)実施方法	ア 職員が介助し実施 イ 歯科専門職が実施 ウ 利用者自身が実施 エ その他()	

3 貴施設における口腔ケアや口腔機能向上の取組み実施状況 (※ 実施されている取組みは解答欄に○つけて下さい。その他は具体的に記載して下さい)		回答欄
ア 舌や頬粘膜、可撤性義歯を含めた口腔清掃に取り組んでいる		
イ お口の健口体操など口腔機能向上に取り組んでいる		
ウ 職員がお口の健康づくりに関する研修を受講する機会がある		
エ 口腔ケアや口腔機能向上に取り組めていない		
オ その他()		

4 その他、歯科保健に関する取組みについてご意見等がありましたら御記入下さい

御協力ありがとうございました。 令和3年 神奈川県健康医療局健康増進課

【回答送付先】 mail: shikahoken.x33x@pref.kanagawa.lg.jp Fax: 045-210-8857

【問合せ先】 神奈川県健康医療局保健医療部健康増進課 健康づくりグループ 芦垣、岡田
電話 045-210-4773(直通)