

令和 年度 地域歯科保健事業実施報告書 【個人用】

氏名 _____

依頼元	〇〇市〇〇課	担当回数	執務回数 回
事業名	〇〇歳児健診	担当人数	担当回数分の総人数 人
事業区分	下記の中から該当するか効ナに1つだけ〇印		

母子歯科保健

ア	妊産婦
イ	1才6ヵ月児
ウ	3歳児
エ	その他の乳幼児
オ	保育所・幼稚園
カ	フッ化物塗布
キ	フッ化物洗口
ク	その他

学校歯科保健

ケ	小学校
コ	中学校
サ	高等学校
シ	特別支援学校
ス	フッ化物塗布
セ	フッ化物洗口
ソ	その他

高齢者・要介護者歯科保健

タ	介護予防事業
チ	訪問指導(在宅・施設)
ツ	その他

障害児(者)歯科保健

テ	歯科保健指導
ト	フッ化物塗布等予防処置
ナ	訪問指導(在宅・施設)
ニ	その他

歯と口の健康週間

ヌ	歯科保健指導
ネ	フッ化物塗布等予防処置
ノ	その他

各種委員会

ハ	各種委員会への構成員
---	------------

成人歯科保健

ヒ	健康増進法健康教育・相談
フ	歯周疾患検診・指導
ヘ	特定保健指導(集団)
ホ	特定保健指導(個別)
マ	事業所歯科検診・指導
ミ	その他の成人歯科検診・指導

その他の事業

ム	無歯科医地区等巡回保健指導
メ	イベント(歯科単独)
モ	イベント(歯科以外との合同)
ヤ	災害時支援に関する事業
ユ	食育に関する事業
ヨ	外部向け研修会(講師派遣含む)
ラ	その他

月日	場所	時間	人数	月日	場所	時間	人数
○/△	〇〇保健センター	〇:〇〇 ~ △:△△	〇 人			~	人
		~	人			~	人
		~	人			~	人
		~	人			~	人
		~	人			~	人
		~	人			~	人

実施形態 (<u>個別</u> ・ 集団)	フッ化物塗布 (<u>有</u> ・ 無)
指導内容(概要)	
活動内容を簡潔に記入する	