

乙訓圏域障がい者施設における歯科検診 と口腔ケアの取り組みについて

Google にログインすると作業内容を保存できます。詳細

* 必須の質問です

施設名をご記載下さい*

回答を入力

役職名を教えてください*

- 施設管理者
- 施設職員、支援者
- 看護師
- その他:

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム



乙訓圏域障がい者施設における歯科検診 と口腔ケアの取り組みについて

Google にログインすると作業内容を保存できます。詳細

* 必須の質問です

無題のセクション

質問1 現在貴施設において定期的な歯科検診を実施されていますか。 *

- はい
- いいえ

質問2 質問1ではいとお答えした方はいつから実施していますか。

- 1~2年前
- 3~5年前
- 5年以上前

質問3 貴施設において今後も歯科検診は必要だと思われませんか。 *

- はい
- いいえ



質問4 質問3ではいとお答えした方はその理由を教えてください。

複数選択可

- 施設職員だけでは口腔内の問題点を把握できないから
- 定期的な歯科検診を行うことによって、受診につなげることができるから
- 定期的な歯科検診を行うことによって、口腔ケアの必要性を認識できるから
- その他:

質問5 質問3でいいえとお答えした方はその理由を教えてください。

回答を入力

質問6 現在貴施設において主にどなたが口腔ケアを行っておられますか。 *

- 本人
- 本人+施設職員の介助
- 施設職員の全介助
- 行っていない

質問7 現在貴施設において歯科衛生士による専門的な口腔ケアが行われていま *
すか。

- はい
- いいえ

質問8 今後、貴施設において、歯科衛生士による専門的な口腔ケアの実施が必要と*
思われますか。

- はい
- いいえ
- 必要性を認識しているができない

質問9 質問8ではいとお答えの方はその理由を教えてください。

回答を入力

質問10 質問8でいいえとお答えの方はその理由を教えてください。

回答を入力

質問11 質問8で必要性を認識しているができないとお答えの方はその理由を教えてください。

回答を入力

[戻る](#)

[送信](#)

[フォームをクリア](#)

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

Google フォーム

