

住宿式機構口腔照護執行現況輔導訪查表

訪查日期： 年 月 日

機構名稱：	電話：	機構類型：				
住民人數：	業務負責人： 填表人：	<input type="checkbox"/> 提供住宿式服務之長照機構 <input type="checkbox"/> 一般護理之家 <input type="checkbox"/> 精神護理之家				
訪查內容		自填紀錄		訪查紀錄		
		有	無	有	無	備註
1. 住民身體狀況評估						
2. 住民口腔狀況檢查						
【如無，請跳至 3 接續填答】						
2.1 口腔檢查執行頻率：						
<input type="checkbox"/> 新入住 <input type="checkbox"/> 至少每年一次 <input type="checkbox"/> 至少每二年一次						
2.2 住民口腔檢查紀錄，由機構保存並管理						
2.3 住民口腔清潔照護能力評估						
2.3.1 完全自理：_____人						
2.3.2 需要部分協助：_____人						
2.3.3 需要完全協助：_____人						
3. 住民咀嚼吞嚥狀況評估						
3.1 住民咀嚼吞嚥狀況評估紀錄由機構保存並管理						
4. 機構執行住民口腔清潔及照護人力						
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，人數：_____人						
4.1 二年內派員出席口腔照護人力培訓						
4.2 二年內機構自辦口腔照護人力培訓						
4.3 二年內機構參與潔牙比賽或口腔健康促進活動						
5. 住民口腔潔牙環境及工具						
5.1 住民備有個人適用的潔牙工具						
<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 80%以上未達 100% <input type="checkbox"/> 70%以上未達 80% <input type="checkbox"/> 60%以上未達 70% <input type="checkbox"/> 60%以下						

5.2 需要部分或完全協助的居民備有潔牙輔助工具									
<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 80%以上未達 100% <input type="checkbox"/> 70%以上未達 80% <input type="checkbox"/> 60%以上未達 70% <input type="checkbox"/> 60%以下									
6.機構住民口腔就醫資源									
6.1 住民自行就醫或協助就醫									
6.2 機構設有牙科治療檯									
6.3 牙醫醫療團或巡迴治療									
6.4 與鄰近牙醫院所訂定轉介就醫或定期出診									
7.住民口腔照護成果									
7.1 運用機構口腔照護工作檢核表									
7.2 運用機構口腔照護工作-每日執行紀錄表									
7.3 機構自訂口腔照護檢核機制									
8.機構建議事項：									
9.訪查人員建議事項：									
受訪人員：					訪查人員(衛生局所)：				
業務負責人(簽章)：					協同訪查專業人員：				

填表說明：

- 第 1、2、3、6、7 大題請機構依實際情形勾選「有」或「無」，並備妥相關資料供訪查委員審閱。
- 第 4.1 至 4.3 題：凡參與衛生福利部、衛生局/所或牙醫師公會舉辦之培訓均可列入。
- 第 5.1、5.2 題：
 - 每位住民個人適用的基本潔牙工具應備有：牙刷、牙膏、牙線/棒或牙間刷、漱口杯。
(如配戴活動假牙應備有假牙專用毛刷及假牙清潔錠；如具牙橋，應備有牙橋穿引器或超級牙線)。