

特殊需求者口腔照護衛教紀錄

看診日期： 年 月 日

| | | |
|--|---|--|
| 姓名： | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 病歷號碼： | 看診醫師： | |
| 口腔衛教紀錄 | | |
| 衛教對象： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家屬_____ <input type="checkbox"/> 主要照顧者 <input type="checkbox"/> 機構人員 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 1 | 口腔衛教觀念（潔牙時機、口腔保健用具、定期回診） | |
| 2 | 口腔肌肉減敏感按摩 | |
| 3 | 潔牙技巧（協助潔牙、對鏡子潔牙、潔牙順序及方法） | |
| 4 | 牙線（棒）使用方式 | |
| 5 | 牙間刷使用方式 | |
| 6 | 舌刷使用方式 | |
| 7 | 海綿刷使用方式 | |
| 8 | 含氟牙膏使用方式 | |
| 9 | 假牙清潔與保養方式 | |
| 10 | 其他： | |

執行者簽名：