

インタビューシート（歯科衛生士）

氏名 _____

【業務内容】

- ・ 外来心身障害児（者）への口腔衛生指導と歯科診療の補助業務
- ・ 全身麻酔下歯科診療における診療準備及び補助
- ・ 重症心身障害児（者）の口腔管理における指導（入所・通所）

経験についてお尋ねします。（あてはまる□にチェックして下さい）

1 歯科診療補助の経験

- | | | |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| ・ 肢体不自由児（者）（脳性麻痺など） | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ 精神遅滞 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ 自閉症、AD、ADHDなど | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ 筋ジスなどの神経筋疾患 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ 有病高齢者 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ 訪問歯科診療 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |

2 重症心身障害児（者）の経験

- | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------------|
| ・ 診療補助 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ 口腔清掃指導 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ 体位交換や車椅子への移乗介助 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |

3 全身麻酔下での経験

- | | | |
|------------------|----------------------------|----------------------------|
| ・ 口腔外科手術における診療補助 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| ・ 集中歯科診療における診療補助 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |

東京都立東部療育センター