

お口のチェックシート

[ご利用の仕方]

医療介護にたずさわるあらゆる職種の方にご利用いただきたい「お口にかんする気づき」のチェックシートです。すべての項目をチェックできなくてもかまいません。1か所だけチェックできた場合でもご遠慮なくFAXしていただいでけっこうです。

対象者氏名： _____ 男 女 _____ 年齢 _____ 歳 _____

住所： _____ 電話番号： _____

紹介者氏名： _____ 所属： _____

電話番号 _____ 介護度 _____ 認定なし (要支援 1 2) (要介護 1 2 3 4 5)

お口の中に関すること

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 痛いところがあるようだ | <input type="checkbox"/> 歯が抜けたままのところがある |
| <input type="checkbox"/> 口臭がする | <input type="checkbox"/> 入れ歯を使用していないようだ |
| <input type="checkbox"/> 歯や入れ歯に汚れが見受けられる | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合っていないようだ |
| <input type="checkbox"/> しばらく歯科受診していない | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |

※ 口腔清掃 (自立 一部介助 全介助) 介助者 (_____)

その他伝えておきたいことなど

食に関すること

- | | | | |
|---------------------|---------|---------|------|
| 1. やせてきましたか | A あきらかに | B わずかに | C なし |
| 2. 飲み込むことが苦痛だ | A あきらかに | B わずかに | C なし |
| 3. 食べるときにむせる | A よくある | B ときどき | C なし |
| (※ どんなものがむせますか | A 水分 | B ごはん) | |
| 4. 食べるのに30分以上かかる | A いつも | B ときどき | C なし |
| 5. 肺炎と診断されたことがありますか | A 数回 | B 一度だけ | C なし |

[連絡先] 十勝歯科医師会在宅歯科医療連携室

受付時間 月曜日～金曜日 9：00～17：00

TEL (0155) 25-2172・FAX (0155) 22-8024