

簡易口腔アセスメント (全職種共通)

記入者 (職種:) 年 月 日

 <p>見た目</p>	<p>自分の歯がありますか？ 有 ・ 無 分かれば (上 / 14本・下 / 14本) 上下で噛み合う歯がありますか？ 有 ・ 無 分かれば (前歯 本・奥歯 本) 唇が乾いていませんか？ 良好・ 乾いている</p>
 <p>聴取</p>	<p>夕食後または寝る前に歯や入れ歯を磨きますか？ 磨く ・ 磨かない 最近、歯科医院に行ったのはいつ頃ですか？ (日前・ ヶ月前・ 年前・ 忘れた)</p>
 <p>臭い</p>	<p>口臭がありますか？ 有 ・ 無 原因が分かれば (歯や入れ歯の汚れ・ムシ歯 食物残渣・舌苔・歯周病 全身疾患・その他)</p>
 <p>全身</p>	<p>このような症状はありませんか？ <input type="checkbox"/>息上がり <input type="checkbox"/>喉に食物が残る <input type="checkbox"/>口が乾く <input type="checkbox"/>味が分かりにくい <input type="checkbox"/>背中が曲がっている <input type="checkbox"/>薬が飲みにくい</p>
 <p>道具</p>	<p>口腔ケアは何を使っていますか？ 歯ブラシ：毛先がひらいていませんか？ 有・無 歯磨き剤： 使用 ・ 不使用 補助具：歯間ブラシ・フロス・電動ブラシ・洗口剤 義歯関連 (洗浄剤・安定剤・その他)</p>
 <p>入れ歯</p>	<p>入れ歯がありますか？ 有 ・ 無 分かれば (総入れ歯 上・下) (部分入れ歯 上・下) 入れ歯は合っていますか？ はい・まあまあ・いいえ 食事時に使っていますか？ 使用・時々・不使用 外して寝ますか？ 外す・そのまま</p>
<p>気になることがあればご記入ください。</p>	

*当てはまるものにチェックをお願いします。