

口腔チェックシート

年 月 日

事業所				担当者		
ふりがな				男・女	生年月日	明・大・昭
氏名						
住所				電話番号		
居宅サービス	訪問看護 訪問介護 デイサービス デイケア ショートステイ その他()					
主治医				かかりつけ歯科		
治療中の病気						

口の中の状況			項目	観察のポイント	チェック
口腔ケア			衛生状態	口臭が気になる	★
自立	一部介助	全介助		食べかす・歯垢・歯石がある	★
特記				舌苔がついている	★
				入れ歯の管理・清掃が不十分	★
口腔ケアの回数			むし歯 歯周病	むし歯や根だけの歯がある	
1日1回	1日2回	毎食後		歯が抜けたままになっている	
その他				痛む歯や動く歯がある	☆
入れ歯の状況				かぶせたものが外れている	
上顎	部分入れ歯	総入れ歯		歯が欠けている	
下顎	部分入れ歯	総入れ歯		歯ぐきから出血する・腫れている	
特記			入れ歯	入れ歯の具合が悪い (こわれた・ゆるい・痛い・噛めない)	☆
自立	一部介助	全介助		持っていない・失くした	☆
特記			食事の状況	食事中むせる・咳き込む	
入れ歯の清掃				食べこぼしが多い	
自立	一部介助	全介助		硬いものが噛みにくくなった・噛めない	
特記				飲み込みにくい	
ブクブクうがい				口が渇く	
できる	水を口に含む程度	できない		痰がよくからむ	
特記			生活全般	よく熱を出す(微熱を含む)	
口腔ケア用品				誤嚥性肺炎で入院したことがある	
歯ブラシ	電動歯ブラシ	歯間ブラシ		認知機能が低下している	
タフトブラシ	デンタルフロス	くるりーナブラシ		口腔清掃の意識が低下	
スポンジブラシ	舌ブラシ	口腔保湿剤		発音が不明瞭	
義歯ブラシ	義歯洗浄剤	洗口剤		食事に時間がかかるようになった	
その他				6か月で2~3キロの体重減少があった	
食事の状況				口のことで気になることがある	☆
経口	経管栄養	IVH	★ 口腔ケアにて経過観察		
その他			☆ 歯科医院に相談		

記載事項以外で、気になる事がありましたら具体的に記入してください。

* このチェックシートは口腔ケアや治療が必要な方を見つけ出し、口腔機能の向上や予防を目的とするものです。

令和2年度 メモリーケア・ネットワーク能美作成 問合せ先: 能美市健康福祉部いきいき共生課(TEL0761-58-2233)