

口腔チェックシート

年 月 日

事業所名		電話番号		担当者	
ふりがな				男・女	明・大・昭
氏名					生年月日
住所				電話番号	
居宅サービス					
主治医			かかりつけ歯科		
治療中の病気					
主訴					
以下は可能な範囲で記載していただいて結構です					
項目	観察のポイント	チェック	項目	観察のポイント	チェック
① 虫歯 歯周病	むし歯や根だけの歯がある	☆	④ 口の渇き	舌や口蓋が乾燥している	★
	痛む歯や動く歯がある	☆		飲み込みにくい	★
	かぶせたものが外れている	☆		発声がしにくい・かすれる	★
	歯が欠けている	☆	食事の 状況	むせる・咳き込む	
	歯ぐきが腫れている・出血する	☆		食べこぼしが多い	
② 衛生状態	口臭が気になる	★	生活 全般	硬いものが噛みにくい	
	食べかす・歯垢・歯石がある	★		よく熱を出す(微熱を含む)	
	舌苔がついている	★		誤嚥性肺炎で入院したことがある	
	痰がよくからむ・固まっている			認知機能が低下している	
③ 歯の喪失 入れ歯	歯が抜けたままになっている	☆	生活 全般	口腔清掃の意識の低下	
	入れ歯の具合が悪い	☆		食事に時間がかかるようになった	
	(こわれた・ゆるい・痛い・噛めない)	☆		6か月で2～3キロの体重減少があった	
	入れ歯の管理・清掃不十分		★口腔ケアの継続 ☆歯科医院に相談		
持っていない・失くした	☆				
※この用紙は能美市内の歯科医院の受診時に持参したり、訪問診療前日までにFAXをすると治療に役立ちます。					

令和4年度 メモリ-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)