

## 口腔機能アセスメント票

記入年月日 平成 年 月 日		記入者																																										
ふりがな																																												
氏名 (男・女)		明治・大正・昭和 年 月 日 歳																																										
口の中の状態や訴え、本人・家族の希望		      0 1 2 3 4 5																																										
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">右</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">左</td> </tr> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>		7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	右							左						7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7		
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																															
右							左																																					
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																															
口腔清掃状況	食物残渣	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																										
	歯垢	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																										
	粘膜の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																										
	舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (色:白 黄 黒 )																																										
	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																										
	日常の口腔ケア	1,家族 2,ヘルパー 3,看護師 4,その他	朝 昼 夜																																									
	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																									
	<input type="checkbox"/> 一部介助 ( ) ( ) ( )		( ) ( ) ( )																																									
	<input type="checkbox"/> 全介助 ( ) ( ) ( )		( ) ( ) ( )																																									
口腔機能	<input type="checkbox"/> 唇閉鎖	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難( ) <input type="checkbox"/> 不可																																										
	<input type="checkbox"/> 咀嚼	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難( ) <input type="checkbox"/> 不可																																										
	<input type="checkbox"/> 食事のむせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )																																										
	<input type="checkbox"/> 嚥下	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難( ) <input type="checkbox"/> 不可																																										
	<input type="checkbox"/> うがい	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難( ) <input type="checkbox"/> 不可																																										
食事	栄養摂取法	<input type="checkbox"/> 経口(食形態:普通・軟食・その他) <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> IVH																																										
	水分摂取法	<input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり																																										
義歯	義歯の状態	上(有・無) <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> PD 下(有・無) <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> PD																																										
	義歯の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助																																										
	義歯の使用	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> ときどき( ) <input type="checkbox"/> 不使用																																										
咬合	義歯なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左右どちらかあり <input type="checkbox"/> 両側あり																																										
	義歯あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左右どちらかあり <input type="checkbox"/> 両方あり																																										
疾患	う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 本(痛み なし・あり)																																										
	歯周疾患	<input type="checkbox"/> 軽度・発赤 <input type="checkbox"/> 中等度・微量出血 <input type="checkbox"/> 重度																																										
	粘膜異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり																																										
口腔乾燥		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )																																										
特記事項																																												