

口腔機能アセスメント票

記入年月日		令和	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																																																			
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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">右</td> <td colspan="7">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																																																			