

## 簡易口腔アセスメント（全職種共通）

記入者（職種： ）平成 年 月 日

|  |   |
|--|---|
|  <p>見た目</p>   | <p>自分の歯がありますか？ 有 ・ 無<br/>分かれば（上 / 14本・下 / 14本）<br/>上下で噛み合う歯がありますか？ 有 ・ 無<br/>分かれば（前歯 本・奥歯 本）<br/>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？<br/>磨く ・ 磨かない<br/>最近、歯科医院に行ったのはいつ頃ですか？<br/>（ 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<br/>原因が分かれば（歯や入れ歯の汚れ・ムシ歯<br/>食物残渣・舌苔・歯周病<br/>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？<br/><input type="checkbox"/>息上がり <input type="checkbox"/>喉に食物が残る<br/><input type="checkbox"/>口が乾く <input type="checkbox"/>味が分かりにくい<br/><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？<br/>歯ブラシ：毛先がひらいていませんか？ 有 ・ 無<br/>歯磨き剤： 使用 ・ 不使用<br/>補助具：歯間ブラシ・フロス・電動ブラシ・洗口剤<br/>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<br/>分かれば（総入れ歯 上・下）<br/>（部分入れ歯 上・下）<br/>入れ歯は合っていますか？ はい・まあまあ・いいえ<br/>食事時に使っていますか？ 使用・時々・不使用<br/>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。