

口腔機能向上に関する記録

□口腔機能
様式1

ふりがな		□男□女	□明□大□昭	年 月 日 () 歳	□ 2次予防 □ 予防給付(1 2) □
氏名	病名・服薬等				
	かかりつけ歯科医	□あり □なし	入れ歯の使用	□あり 上 下	□なし

1. 関係職種等により把握された課題等（該当する項目をチェック）

（記入日：平成 年 月 日、記入者： ）

□かみにくさ □むせ □□のかわき □□臭 □□の清掃 □飲み込み □会話 □食べこぼし □むし歯
□義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） □歯ぐきから出血 □その他（

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

（アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入）

事前	平成 年 月 日	モニタリング	平成 年 月 日	事後	平成 年 月 日
	記入者 □言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師保健師		記入者 □言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師保健師 □関連職種		記入者 □言語聴覚士 □歯科衛生士 □看護師保健師

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いもののかみにくさ	1ない 2ある		
	お茶や汁物等によるむせ	1ない 2ある		
	□□のかわき	1ない 2ある		
②咀嚼力（ガムテスト or お食事マップ） *別紙参照	1強 2中 3弱			
③歯や義歯のよごれ	1ない 2ある 3多い			
④舌のよごれ	1ない 2ある 3多い			
⑤頬の膨らまし	1できる 2やや不十分 3不十分 (右・左)			
⑥RSST（※ 30秒間の喉頭挙上の回数）		()回/30秒	()回/30秒	()回/30秒
⑦オーラルディアドコネシス (10秒または5秒間で測定する)		パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒	パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒
⑧特記事項等				

3. 総合評価

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項

②課題の評価

□かみにくさ	□向上 □維持 □低下	□会話	□向上 □維持 □低下
□むせ	□向上 □維持 □低下	□食べこぼし	□向上 □維持 □低下
□□のかわき	□向上 □維持 □低下	□むし歯	□向上 □維持 □低下
□□臭	□向上 □維持 □低下	□歯ぐきから出血	□向上 □維持 □低下
□□の清掃	□向上 □維持 □低下	□その他	□向上 □維持 □低下
□飲み込み	□向上 □維持 □低下		
□義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態）	□向上 □維持 □低下		

【総合評価結果】

①事業継続の必要性	□あり(継続) □なし(終了)	②計画変更の必要性	□あり □なし
-----------	-----------------	-----------	---------

備考：