

お口のチェックシート 1 (一般高齢者用)

別紙 1

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

御名前 _____

★以下の質問で、「はい」か「いいえ」当てはまるものにチェック☑を付けてください。

		質問	どちらかに☑をします		備考 (気がついたこと等記載)
			はい	いいえ	
1	歯や歯ぐきの様子を確認	口の中の痛みがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきが痛い <input type="checkbox"/> 舌が痛い <input type="checkbox"/> その他 ()
2		*入れ歯を使用している方のみ 入れ歯が合わない・噛めない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3		歯ぐきから血が出る	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
4		歯がグラグラする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
5	食べ物を噛む力があるか確認	以前と比べると固いものが食べにくくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6		食事にかかる時間が以前と比べると長くなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
7		自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
8	飲み込む働きの確認	お茶や汁物等でむせやすくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
9		食事や薬が飲み込みにくくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
10		食べこぼしがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
11		食後に口の中に食べ物が残りやすくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
12	唾液の量やお口の汚れを確認	口がかわきやすくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
13		お口のおいが気になることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
14	定期的な歯科健診を受けている		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

- 1～4のいずれかの「はい」に☑があった場合は、かかりつけ歯科医や最寄りの歯科医院を受診しましょう。
- 5～13の複数に「はい」に☑があった場合は、お口の働きの低下が予想されます。かかりつけ歯科医や最寄りの歯科医院を受診し、歯科指導等を受けましょう。
- 14の「いいえ」に☑があった場合は、歯科健診を受けましょう。

