

お口のチェックシート 2 (患者・要介護者用)

別紙 2

実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記入者 _____
 事業所 _____

ご利用者様氏名 _____

★ 利用者、患者様のお口の状態を聞き取り等により確認し、当てはまるものにチェック☑を付けてください。

項目	利用者・患者様のお口の状況	どちらかに☑をします		支援方針	備考 (気がついたこと等記載)	
1	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 こわれた 入れ歯をつくりたい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		1つでも「はい」に☑がついたら歯科医療機関につなぐ	<input type="checkbox"/> 合わない <input type="checkbox"/> こわれた <input type="checkbox"/> つくりたい <input type="checkbox"/> 入れ歯を使用していない
3	歯ぐきのはれや出血、 歯がグラグラするなどの 症状がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 歯ぐきのはれ <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血 <input type="checkbox"/> 歯がグラグラする	
4	食事中によくむせたり、 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	・項目 4, 5 のいずれかに1つ 「はい」に☑がついたら 歯科医療機関につなぐ ・項目 6 と 4, 5 いずれか「はい」に☑がついたら、 主治医に連絡	<input type="checkbox"/> 痰がからむ、喉がゼロゼロする <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 体重が減ってきた	
5	食後に口の中に食べ物が 残りやすい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
6	風邪以外でよく熱が出る (微熱も含む)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
7	口臭が気になることがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	「口臭が気になる」、 「お口のケアが充分にできていない」と回答した場合 ・いずれか1つの場合は 口腔ケアの実施方法を見直す ・2つの場合は歯科医療 機関につなぐ	<input type="checkbox"/> 口腔ケアの方法を知りたい <input type="checkbox"/> その他 (困りごと等がある)	
8	歯磨きなど、お口のケア は充分にできている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			
9	その他特記事項・所感等					
寝たきり等で歯科医療機関 の受診が困難		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	「いいえ」の場合は歯科医療機関の受診を勧めましょう。		
訪問歯科診療を希望しますか		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	「はい」の場合 本人または家族の署名 _____		