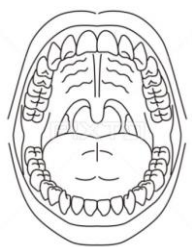
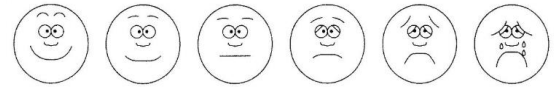


記入年月日 令和 年 月 日 記入者

ふりがな 氏名 (男・女) 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 歳

口の中の状況や訴え、本人・家族の希望



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 右 | | | | | | | | 左 | | | | | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

| | | |
|------|-------|--|
| 口腔機能 | 口唇閉鎖 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 () <input type="checkbox"/> 不可 |
| | 咀嚼 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 () <input type="checkbox"/> 不可 |
| | 食事のむせ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () |
| | 嚥下 | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 困難 () <input type="checkbox"/> 不可 |
| | 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 | 義歯の状況 | 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"/> 左右のどちらかあり <input type="checkbox"/> 両側あり |
| | 義歯あり | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左右のどちらかあり <input type="checkbox"/> 両側あり |

| | | |
|----|------|--|
| 疾患 | ウ蝕 | <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 なし あり ()

| | | |
|--------|---------|--|
| 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 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (家族・ヘルパー・看護師・その他) 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 就寝前 回/日・週 |

特記事項