お口のチェックシート1（一般高齢者用）

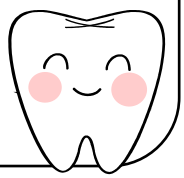
実施日　　令和　　年　　月　　日

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）
1	歯や歯ぐきの様子を確認	口の中の痛みがある	□ はい	□ いいえ	□ 歯が痛い □ 歯ぐきが痛い □ 舌が痛い □ 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	□ はい	□ いいえ	
3		歯ぐきから血が出る	□ はい	□ いいえ	
4		歯がグラグラする	□ はい	□ 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	□ はい	□ 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	□ はい	□ 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かみしめられない	□ はい	□ 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	□ はい	□ いいえ	
9		食事や薬が飲み込みにくくなった	□ はい	□ いいえ	
10		食べこぼしがある	□ はい	□ いいえ	
11		食後に口の中に食べ物が残りやすくなった	□ はい	□ 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	□ はい	□ いいえ	
13		お口のにおいが気になることがある	□ はい	□ いいえ	
14	定期的な歯科健診を受けている		□ はい	□ 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。