

お口のチェックシート2(患者・要介護者用)

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	・1つでも「はい」に☑がいたら 推進室に連絡	<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		<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		
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☑がいたら推進室に 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	・項目6と4, 5いずれか、「はい」 に☑がいたら、主治医に連絡	
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」、「お口のケアが十分にできていない」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つの場合は推進室に連絡	<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 _____	

訪問歯科診療相談窓口は下記のとおりです。

「在宅歯科医療推進室」

TEL: 0996-22-0014

FAX: 0996-22-0015

E-mail: s.zaitakusika8020@snow.ocn.ne.jp

