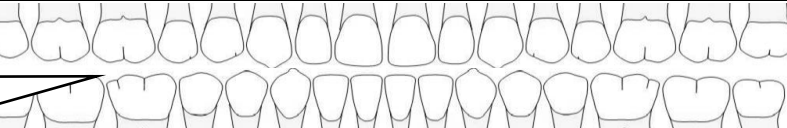


口腔アセスメント用紙		<input type="checkbox"/> 気づいたことを自由記載 			記入日: 年 月 日	
基本情報に関する項目		かかりつけ歯科医院の有無 <input type="checkbox"/> あり 歯科医院名 _____ <input type="checkbox"/> なし 最終受診日 _____			記入者: _____ 事業所: _____	
課題分析に関する項目(口腔内の状況)※複数回答可		長期受診していないケースが多いため把握しておきたい項目			<input type="checkbox"/> チェック時の目安や注意事項 <input type="checkbox"/> 考えられる要因やリスク	
歯の状態	残っている本数	<input type="checkbox"/> あり(本) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ぐらぐらの歯がある <input type="checkbox"/> 折れて根だけ残った歯がある	歯周病の進行や根面う蝕(高齢者に多い)の有無		
	義歯の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 総義歯(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 部分義歯(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)			
義歯の状態	上下別に聞き取る 義歯の使用	上	<input type="checkbox"/> 毎日使っている <input type="checkbox"/> 時々使っている <input type="checkbox"/> 調子がいい <input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 時々使っている <input type="checkbox"/> 義歯の人工歯が脱落している状態 <input type="checkbox"/> 使っていない <input type="checkbox"/> 作ったことがない	咀嚼、発音、口腔機能等の低下	
		下	<input type="checkbox"/> 毎日使っている <input type="checkbox"/> 時々使っている <input type="checkbox"/> 調子がいい <input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 時々使っている <input type="checkbox"/> 作ったが使っていない <input type="checkbox"/> 作ったことがない		
	義歯の清掃	<input type="checkbox"/> ブラシで磨いている <input type="checkbox"/> 自分でしている	<input type="checkbox"/> 水洗いのみしている <input type="checkbox"/> 介護者がしている			
	自分の歯	<input type="checkbox"/> 奥歯が噛み合っている <input type="checkbox"/> 前歯が噛み合っている <input type="checkbox"/> 歯は残っているがどこも噛み合っていない	<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 片側(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	咀嚼力の低下 口腔不潔 清潔意識の欠如		
	本人	<input type="checkbox"/> 食べ物が詰まる <input type="checkbox"/> 目視	<input type="checkbox"/> ざらざら・べたべたする <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> うがいをすると汚れが出てくる <input type="checkbox"/> わからない		口腔内の不潔や乾燥の指標となるできればTCISコアを活用(次P参照)
	目視	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> 多い(舌の広範囲) <input type="checkbox"/> 普通(舌の一部)	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない		
口腔の状態	口臭(約40cmを目安)	<input type="checkbox"/> 対面ですぐに感じる <input type="checkbox"/> 対面で時々感じる	<input type="checkbox"/> 対面ですぐに感じる <input type="checkbox"/> 対面で時々感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> わからない		
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 目視	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない	麻痺や脳の機能障害、義歯の不適合、乾燥等	
	歯肉の状態	<input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 腫れている	<input type="checkbox"/> 出血がある <input type="checkbox"/> 腫れている	<input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 痛みがある		
	会話(滑舌)	<input type="checkbox"/> 気にならない <input type="checkbox"/> 自分でしている	<input type="checkbox"/> 一部聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 時々自分でしている	<input type="checkbox"/> ろれつが回らない <input type="checkbox"/> 介護者がしている	<input type="checkbox"/> ほとんど聞き取れない <input type="checkbox"/> していない	
	口腔ケア(歯磨き等)	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食後(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕) <input type="checkbox"/> 就寝前	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 時々自分でしている <input type="checkbox"/> 介護者がしている	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食後(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕) <input type="checkbox"/> 就寝前	<input type="checkbox"/> 自分でしている <input type="checkbox"/> 気が向いたとき <input type="checkbox"/> できない	口腔機能低下、筋力低下