

口腔アセスメント用チェックシート		様		記入日： 年 月 日		
基本情報に関する項目		歯科医院名		記入者：		
かかりつけ歯科医院の有無		最終受診日		事業所名：		
		<input type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 定期的に行っている	<input type="checkbox"/> 最近まで通っていた(年 月頃)	
		<input type="checkbox"/> なし		年くらい前	年以上前 <input type="checkbox"/> 行っていない	
課題分析に関する項目(口腔内の状況)※複数回答可					自由記載	
歯の状態	残っている本数	<input type="checkbox"/> あり(本)	<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		
		<input type="checkbox"/> なし				
義歯の状態	義歯の有無	<input type="checkbox"/> あり	<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)		
		<input type="checkbox"/> なし				
	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"/> 作ったが使っていない	<input type="checkbox"/> 作ったことがない
			<input type="checkbox"/> 調子がいい			
		<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 緩い・がたつく	<input type="checkbox"/> 噛み合わせが悪い	<input type="checkbox"/> 入らない	
		<input type="checkbox"/> バネが折れている	<input type="checkbox"/> 割れた・欠けた	<input type="checkbox"/> 入れ歯の歯が取れた	<input type="checkbox"/> 掛け歯が折れた	
	下	<input type="checkbox"/> 毎日使っている	<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	
		<input type="checkbox"/> 調子がいい				
	<input type="checkbox"/> 痛い	<input type="checkbox"/> 緩い・がたつく	<input type="checkbox"/> 噛み合わせが悪い	<input type="checkbox"/> 入らない		
	<input type="checkbox"/> バネが折れている	<input type="checkbox"/> 割れた・欠けた	<input type="checkbox"/> 入れ歯の歯が取れた	<input type="checkbox"/> 掛け歯が折れた		
義歯の清掃	<input type="checkbox"/> ブラシで磨いている	<input type="checkbox"/> 水洗いのみしている	<input type="checkbox"/> 洗浄剤に入れている	<input type="checkbox"/> していない		
	<input type="checkbox"/> 自分でしている	<input type="checkbox"/> 介護者がしている				
噛み合わせ	自分の歯	<input type="checkbox"/> 奥歯が噛み合っている <input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 片側(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)				
		<input type="checkbox"/> 前歯が噛み合っている <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部				
		<input type="checkbox"/> 歯は残っているがどこも噛み合っていない				
	義歯	<input type="checkbox"/> 義歯が全体で上下が噛み合っている	<input type="checkbox"/> 義歯の一部で上下が噛み合っている			
口腔の状態	歯の汚れ	本人 <input type="checkbox"/> 食べ物が詰まる	<input type="checkbox"/> ざらざら・べたべたする	<input type="checkbox"/> うがいをすると汚れが出てくる		
		目視 <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わからない		
	舌苔	目視 <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"/> 感じない		
	口腔乾燥	本人 <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない	<input type="checkbox"/> わからない		
		目視 <input type="checkbox"/> 口角が白くなったり泡が付いたりしている	<input type="checkbox"/> 口唇のひび割れ、乾燥			
	歯肉の状態	<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"/> 一部聞き取りづらい	<input type="checkbox"/> ろれつが回らない <input type="checkbox"/> ほとんど聞き取れない		
	口腔ケア(歯磨き等)	<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"/> していない	
		<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"/> 気が向いたとき			
<input type="checkbox"/> うがいができる(<input type="checkbox"/> がらから <input type="checkbox"/> ぶくぶく <input type="checkbox"/> 含んで出すことはできる)		<input type="checkbox"/> できない				