

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"/> なし				<input type="checkbox"/> 最近まで通っていた( 年 月頃)	
		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"/> なし		<input type="checkbox"/> 折れて根だけ残った歯がある	
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"/> なし		<input type="checkbox"/> 部分義歯( <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)	
	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"/> 作ったが使っていない	
		<input type="checkbox"/> 痛い		<input type="checkbox"/> 作ったことがない	
		<input type="checkbox"/> バネが折れている		<input type="checkbox"/> 入らない	
	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"/> 入れ歯の歯が取れた	
		<input type="checkbox"/> 痛い		<input type="checkbox"/> 掛け歯が折れた	
		<input type="checkbox"/> バネが折れている		<input type="checkbox"/> 割れた・欠けた	
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"/> 自分でしている		<input type="checkbox"/> 洗剤剤に入れている		
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			
口腔の状態	歯の汚れ	<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	
		<input type="checkbox"/> 食べ物が詰まる		<input type="checkbox"/> ざらざら・べたべたする	
	舌苔	<input type="checkbox"/> 多い(舌の広範囲)		<input type="checkbox"/> 少ない	
		<input type="checkbox"/> 普通(舌の一部)		<input type="checkbox"/> ない	
	口臭(約40cmを目安)	<input type="checkbox"/> 食べ物が詰まる		<input type="checkbox"/> うがいをすると汚れが出てくる	
		<input type="checkbox"/> 対面ですぐに感じる		<input type="checkbox"/> 対面で時々感じる	
	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 感じる		<input type="checkbox"/> 感じない	
		<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"/> わからない	
	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"/> 介護者がしている		
	<input type="checkbox"/> 自分でしている		<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			