年 月　　日

口腔評価シート

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 患者氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| フリガナ | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成・令和　 年　　月 　日生 | 　　　才 |
| 住所 | 〒　　　　－ | Tel　　　（ 　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| **観察項目**✔を記入ください | □に✔がある場合は歯科医院の受診をご検討ください |
| 口腔の衛生状態 | ○　きれい | △　一部汚れている | □　多量の汚れがある |
| 口臭 | ○　ない | △　ややある | □　強くある |
| 自分の歯 | ○　問題なし | □　虫歯がある | ○　自分の歯はない　 |
| 入れ歯 | ○　不要 | ○　良好に使用できている | □　不具合がある |
| 歯肉・粘膜 | ○　きれい | □　腫れている | □　出血がある |
| 口腔乾燥 | ○　ない | △　少しネバネバする | □　強い |
| 歯や歯ぐきの痛み | ○　ない | □　ある | △　不明 |
| 入れ歯の痛み | ○　ない | □　ある | △　不明 |
| 舌や喉の痛み | ○　ない | □　ある | △　不明 |
| よだれ | ○　出ない | ○　たまに出る | ○　よく出る |
| むせ | ○　ない | △　たまにある | □　よくある |
| 食事時間 | ○　30分以内 | △　30分以上 | ○　経口摂取をしていない |
| 発語 | ○　明瞭 | ○　やや不明瞭 | ○　聞き取れない |
| 聴力 | ○　問題なし | ○　聞こえにくい | ○　聞こえない |
| 歩行能力 | ○　問題なし | ○　つかまり歩行 | ○　自力歩行できない |
| 認知機能 | ○　問題なし | ○　問題あり | ○　認知できない |
| 本人の希望 |  |
| 特記事項注意すべき疾患 | コロナワクチン接種(済・未) |

判断できないとか不明な項目は記入の必要はありません

所見記入者

職種

氏名