年　　月　　日

口腔情報連携共有書（口腔観察シート）

提供元医療機関名
記入者

提供先医療機関名

	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	〒　　ー　　Tel　　（　　）			

平素より大変お世話になります。上記の患者様の口腔情報の提供により、退院後の医科歯科連携を図りながら、QOL の改善および管理に努めたいと考えております。お忙しいところ誠に申し訳ありませんがよろしくお願いします。

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