

スクリーニングシート（口腔機能）

氏名 _____ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

お口のチェックシート

ステップ1 口腔ケアの必要性チェック	ステップ2 歯科受診の必要性チェック
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 歯みがきがうまくできない<input type="checkbox"/> ぶくぶくうがいがうまくできない<input type="checkbox"/> 入れ歯のお掃除がうまくできない<input type="checkbox"/> 口が渇く<input type="checkbox"/> 口臭が気になる<input type="checkbox"/> 舌の色が気になる<input type="checkbox"/> 肺炎をくり返している<input type="checkbox"/> 最近体重が減ってきた<input type="checkbox"/> 他に口で気になることがある <p>(_____)</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 口の中が痛い、しみるところがある<input type="checkbox"/> 歯が欠けたり、被せ物が取れたりしている<input type="checkbox"/> 歯が抜けたままになっている<input type="checkbox"/> 歯ぐきの出血や歯ぐきが腫れたりしている<input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらと浮いたような感じがする<input type="checkbox"/> 入れ歯の調子が悪い。入れ歯が壊れている<input type="checkbox"/> 硬いものが食べにくく食事に時間がかかる<input type="checkbox"/> 食べ物が飲み込みにくい<input type="checkbox"/> 食事中にむせやすい。のどがゴロゴロする

上記項目で「1 つでも該当がある方」は、口腔ケアの指導や介助が必要です。

【参考文献】

- 2) 厚生労働省：介護予防マニュアル（改訂版平成 24 年 3 月）、口腔機能向上マニュアル 注意点の見方、参考資料 5-1
- 3) 長崎市歯科医師会パンフレット（一部抜粋）