

# 口腔スクリーニング及び口腔ケア実施状況

## 1 利用者情報

ふりがな				生年月日			年齢	
氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2		
入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	主たる病名					

## 2 事業所職員による質問と観察（スクリーニング）

実施事業所名				
実施日		実施者		初回・継続・最終

質問項目・観察項目等		評価項目 ※1	回答・評価
質問	① 固いものは食べにくいですか	1.いいえ 2.はい	
	② お茶や汁物でむせることがありますか	1.いいえ 2.はい	
	③ 口が渇きやすいですか	1.いいえ 2.はい	
	④ 自分の歯また入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	1.両方できる 2.片方だけできる 3.どちらもできない	
	⑤ あなたの健康状態はいかがですか	1.良い 2.ふつう 3.悪い	
	⑥ お口の健康状態はいかがですか	1.良い 2.ふつう 3.悪い	
	⑦ 歯磨きは1日に何回していますか	1.3回以上 2.1～2回 3.1回以下（していない）	
観察	⑧ 口臭	1.ない 2.弱い 3.強い	
	⑨ 歯の汚れ	1.ない・少量 2.多少ある 3.多い	
	⑩ 入れ歯の汚れ	1.ない・少量 2.多少ある 3.多い	
	⑪ むせ	1.ない 2.多少ある 3.ある	
	⑫ 食事中の食べこぼし	1.ない 2.多少ある 3.多い	
	⑬ 発語（会話）の明瞭度	1.よくわかる 2.時々わからない 3.わからない	
特記事項等 ※2			

## 3 口腔ケアプログラム実施状況

				実施月	月分
	プログラム	実施頻度	実施時間	実施状況 ※3	特記事項等 ※2
①					
②					
③					
④					
⑤					

※1…回答・評価欄には評価項目からひとつ選択して、数字を記載する。

※2…利用者の状況により質問項目・観察項目が実施できない場合は、特記事項等の欄に理由を記入する。

※3…実施状況の欄には次の項目からひとつ選択して、数字を記載する。

- 1 実施できていない
- 2 おおむね計画通り実施できている
- 3 毎回計画通り実施できている