







【口腔に関する情報】簡易口腔アセスメント

<p>見た目</p> 	<p>自分の歯がありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>分かれば（上の歯 本 : 下の歯 本）</p> <p>唇が乾いていますか <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 乾いている</p> <p>会話がスムーズにできますか <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p>
<p>入れ歯</p> 	<p>入れ歯がありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>分かれば（総入れ歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 : 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下）</p> <p>入れ歯は合ってますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> まあまあ <input type="checkbox"/> いいえ</p> <p>食事の時に使えていますか？ <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 不使用</p> <p>入れ歯を外して寝ますか？ <input type="checkbox"/> 外す <input type="checkbox"/> そのまま</p>
<p>問診</p> 	<p>食後または寝る前に歯や入れ歯を磨きますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 磨く <input type="checkbox"/> 磨かない</p> <p>最近、歯科医院に行ったのはいつ頃ですか？</p> <p>（ 日前・ か月前・ 年前・ <input type="checkbox"/> 忘れた）</p> <p>食べ物はよく噛めますか <input type="checkbox"/> 噛める <input type="checkbox"/> 噛めない</p>
<p>口腔ケア</p> 	<p>口腔ケアは何を使っていますか？</p> <p>歯ブラシ : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>歯磨き剤 : <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用</p> <p>補助具 : <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> 洗口液</p> <p>入れ歯関連 : <input type="checkbox"/> 洗浄剤 <input type="checkbox"/> 安定剤 <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>口臭</p> 	<p>口臭がありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>有の場合、分かれば <input type="checkbox"/> 歯や入れ歯の汚れ</p> <p><input type="checkbox"/> 舌が白い</p> <p><input type="checkbox"/> 歯ぐきが腫れている</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>全身状態</p> 	<p>このような症状はありませんか？</p> <p><input type="checkbox"/> 口が乾く <input type="checkbox"/> のみ込みが悪い</p> <p><input type="checkbox"/> よくむせる <input type="checkbox"/> 味がわかりにくい</p> <p><input type="checkbox"/> 食べこぼしがある <input type="checkbox"/> 背中が曲がっている</p> <p><input type="checkbox"/> 息上がりがある <input type="checkbox"/> 声が出にくい</p>
<p>気になることがあればご記入ください。</p>	

*当てはまるものにチェックをお願いします。