

# 【口腔機能スクリーニング・アセスメント表】

書類-①

◆担当者名 : \_\_\_\_\_ (歯科医師・歯科衛生士・介護職)

1) カルテNo. \_\_\_\_\_ 2) 検診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 3) 回目 (事前・実施中・事後)

フリガナ																				
4) 氏名 _____ (男・女)				5) 生年月日: 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 6) 歳 _____																
7) かかりつけ歯科医師又は診療所名: _____										TEL	_____	Fax	_____							
8) ケアマネ _____ (事業所名)										TEL	_____	Fax	_____							
9) 主治医院名: _____						TEL	_____	10) 介護保険認定期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日												
11) 要支援・要介護度:		支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5	自立											
12) 障害高齢者日常生活自立度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	自立	13) 認知症高齢者日常生活自立度		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	自立

## ◆口腔機能アセスメント表

14) 基本チェックリスト				15) 口腔内や義歯の衛生状態 : 1 不良 2 良好															
<ul style="list-style-type: none"> <li>半年前に比べて固い物が食べにくくなった</li> <li>お茶や汁物等でむせることがある</li> <li>口の渇きが気になる</li> </ul>				16) 口臭 : 1 強い 2 少しあり 3 なし															
				17) 舌苔 : 1 多量 2 あり 3 なし															
				18) 頬のふくらまし : 1 不十分 2 十分															
19) 咬筋緊張度の触診 :				右) 1 無し or 弱 2 強				左) 1 無し or 弱 2 強				20) 舌運動 : 1 不可能 or 不完全 2 可能							

## ●その他の項目

21) オーラルディアドコキネシス(パ・タ・カをそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒間あたりに換算) :															
パ( _____ )回/秒				タ( _____ )回/秒				カ( _____ )回/秒							
22) 食事への意欲: 1 ない 2 あまりない 3 ある								25) ここ1ヶ月の発熱の有無: ( _____ )回/月							
26) RSST (30秒間に唾液を嚥下できる回数): 1 3回未満 2 3回以上															
27) 食べこぼし: 1 多量 2 多少 3 なし								28) 発声機能: 1 明瞭 2 一部不明瞭 3 聞き取り難							
29) 食物形態: 1 常食 2 軟食 3 きざみ 4 パースト(流動) 5 経管 6 その他( _____ )															

## ◆歯科詳細情報【口腔内の状態と歯式】

30) 残存歯数: _____ 本		右														左	
31) 義歯の状態:																	
1 なし 2 良好																	
3 破損 4 不適合																	
5 咬合に問題 6 使用せず																	
32) 歯肉炎: 1 なし 2 軽度																	
(G1) 3 中程度 4 重度																	

【升目の内側は歯式、外側2段は歯牙・歯肉の状態、Epp・動揺度、その他の情報などを記載します。】