

口 腔 内 チェ ッ ク シ ー ト

(医療・保健・福祉機関名) _____ 御中 記入日 年 月 日

患者氏名 (男・女)	ID
生年月日 (大正 昭和 平成) 年 月 日 (歳)	
住所	電話番号

診療情報提供書及び看護サマリー参照の場合は、左側の別添参照にチェックしてください。

既往歴 <input type="checkbox"/> 別添参照	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳卒中 (<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血) <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()
現病歴 <input type="checkbox"/> 別添参照	
内服薬 <input type="checkbox"/> 別添参照	

口腔内状態	良い状況	悪い状況
歯垢の付着状況	<input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 著しい	
舌苔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 厚い	
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度	
義歯(入れ歯)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> あり(総入れ歯・部分入れ歯上顎・部分入れ歯下顎) <input type="checkbox"/> なし	
歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
むし歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
口腔ケアリスク	良い状況	悪い状況
栄養補給法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう、経鼻) <input type="checkbox"/> 静脈栄養	
食事形態		
座位保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 不可	
頸部可動性	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 不可	
身体麻痺の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(軽・中・重) (左・右) (程度:	
日常の口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
義歯の着脱	<input type="checkbox"/> できる(不要・自立・要介助) <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 使用していない	
開口保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 制限あり <input type="checkbox"/> 不可	
口腔内での水分保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 要注意 <input type="checkbox"/> 不可(むせる・飲み込む・口から出る)	
うがいの可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 要注意 <input type="checkbox"/> 不可(むせる・飲み込む・口から出る)	
口腔機能評価	良い状況	悪い状況
咀嚼機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 未評価 <input type="checkbox"/> 不調	
摂食・嚥下機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 未評価 <input type="checkbox"/> 不調	
発音機能	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 未評価 <input type="checkbox"/> 不調	
その他特記事項		

記入日 年 月 日

医療機関名

歯科医師 ・ 看護師 ・ 歯科衛生士

住所

電話番号