

年 月 日

歯と口の機能と管理

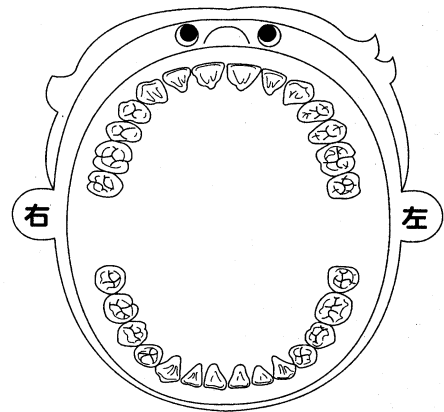
お名前 様 (男・女) 生年月日 年 月 日

全身の状態

1	基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () かかりつけ医療機関 ()
2	服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
3	肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (いつ頃:)
4	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 介護食 <input type="checkbox"/> 非経口
5	体重	() kg 体重の変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () kg 増・減

口腔内状態

1	う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2	歯周病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3	口腔清掃状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
4	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度
5	軟組織疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
6	咬合(臼歯部)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
7	義歯使用	上 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 使用状況 ()



口腔機能管理

1	口腔機能	<input type="checkbox"/> 良好 (舌機能・頬、 <input type="checkbox"/> 唇機能・軟口蓋機能) <input type="checkbox"/> やや不良 (舌機能・頬、 <input type="checkbox"/> 唇機能・軟口蓋機能) <input type="checkbox"/> 不良 (舌機能・頬、 <input type="checkbox"/> 唇機能・軟口蓋機能)
2	構音機能	<input type="checkbox"/> 明瞭 (パ音・タ音・カ音) <input type="checkbox"/> やや不明瞭 (パ音・タ音・カ音) <input type="checkbox"/> 不明瞭 (パ音・タ音・カ音)
3	咀嚼運動	<input type="checkbox"/> 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能 <input type="checkbox"/> 下顎および舌の上下運動 <input type="checkbox"/> 下顎の上下運動のみ <input type="checkbox"/> ほとんど下顎の動きがない
4	食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> とろみ付刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ()
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他 座位保持 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 頸部可動性 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 不可 開口保持 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 口腔内での水分保持 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる 含嗽 (ブクブクうがい) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる

管理方針等

次回訪問予定日: 月 日

保険医療機関名

担当歯科医師名