

年 月 日

口腔機能管理

お名前 様 (男・女) 生年月日 年 月 日

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
		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

保険医療機関名

担当歯科医師名