

地域口腔ケアステーションアセスメントシート

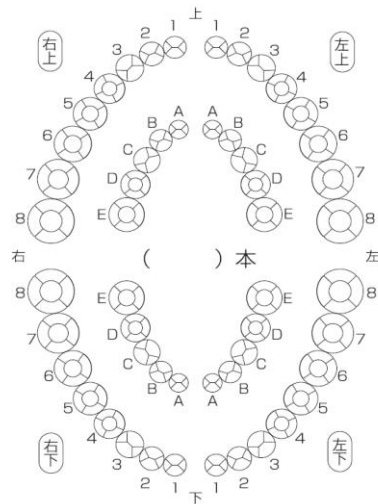
記入者		記入日	年 月 日
同行者		訪問場所	☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 病院

(ふりがな)	()	性別	生年月日	年 月 日生 (歳)
氏名		☐ 男 ☐ 女		

【医科フェイスシート】	☐ あり ☐ なし
【口腔衛生状態】	
歯 磨 き	☐ 毎日() 回 ☐ 時々 ☐ しない
義歯清掃	☐ 毎日() 回 ☐ 時々 ☐ しない
歯磨き・清掃は誰がしますか	☐ 本人 ☐ 介護者 ☐ 看護師 ☐ その他()
口 臭	☐ なし ☐ あり (☐ 弱い ☐ 強い) ☐ 不明
歯の汚れ	☐ なし ☐ 少量 ☐ 中程度 ☐ 多量 ☐ 不明
義歯の汚れ	☐ なし ☐ 少量 ☐ 中程度 ☐ 多量 ☐ 不明
舌 苔	☐ なし ☐ 少量 ☐ 中程度 ☐ 多量 ☐ 不明
歯肉出血	☐ なし ☐ あり ☐ 不明
歯肉発赤	☐ なし ☐ あり ☐ 不明
義歯適合	☐ 良 ☐ 不良 ☐ 不明
義歯性潰瘍	☐ なし ☐ あり ☐ 不明

【口腔機能状態】		
食事形態・食事様式	☐ 自力 ☐ 部分介助 ☐ 全面介助	
食事内容（直接記入）		
う が い	☐ 可 ☐ 不可 ☐ 困難	
口腔乾燥	☐ なし ☐ あり ☐ 不明	
む せ	☐ なし ☐ あり ☐ 不明	
開口状態	☐ 良 ☐ 不良 ☐ 不明	

【歯式】



【全身状態】				
主病名	主治医		医院名	
臥床状態	☐ 座位可能 (分くらい)		☐ 座位不可能	
認知程度	☐ 意思疎通可 ☐ 不可		☐ 判断不能	
耳の状態	☐ 支障無し ☐ やや難聴 ☐ 難聴		☐ 判断不能	
会話	☐ 支障無し ☐ 会話不可能			

備考	
----	--

送付先