

口腔チェックシート

年 月 日

居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー			
ふりがな 氏名				男・女	生年月日	明・大・昭	
住所	市			電話番号			
居宅サービス	訪問看護 訪問介護 デイサービス デイケア ショートステイ その他()						
主治医				かかりつけ歯科			
治療中の病気							

口の中の状況			項目	観察のポイント	チェック
口腔ケア			衛生状態	口臭が気になる	
自立	一部介助	全介助		食べかす・歯垢・歯石がある	
特記				舌苔がついている	
				入れ歯の管理・清掃が不十分	
口腔ケアの回数			むし歯 歯周病	むし歯や根だけの歯がある	
1日1回	1日2回	毎食後		歯が抜けたままになっている	
その他				痛む歯や動く歯がある	
入れ歯の状況				かぶせたものが外れている	
上顎	部分入れ歯	総入れ歯		歯が欠けている	
下顎	部分入れ歯	総入れ歯		歯ぐきから出血する・腫れている	
特記			入れ歯	入れ歯の具合が悪い	
入れ歯の着脱				(こわれた・ゆるい・痛い・噛めない)	
自立	一部介助	全介助		持っていない・失くした	
特記			食事の状況	食事中むせる・咳き込む	
ブクブクうがい				食べこぼしが多い	
できる	水を口に含む程度	できない		硬いものが噛みにくくなった・噛めない	
特記				飲み込みにくい	
口腔ケア用品				口が渇く	
歯ブラシ	吸引ブラシ	電動歯ブラシ	痰がよくからむ		
歯間ブラシ	タフトブラシ	デンタルフロス	生活全般	よく熱を出す(微熱を含む)	
モアブラシ	くるりーナブラシ	スポンジブラシ		誤嚥性肺炎で入院したことがある	
舌ブラシ	口腔用ティッシュ	口腔保湿剤		認知機能が低下している	
義歯ブラシ	義歯洗浄剤	洗口剤		口腔清掃の意識が低下	
その他				発音が不明瞭	
食事の状況				食事に時間がかかるようになった	
経口	経管栄養	IVH		6か月で2~3キロの体重減少があった	
その他			口のことで気になることがある		

記載事項以外で、気になる事がありましたら具体的に記入してください。

*このチェックシートは口腔ケアや治療が必要な方を見つけ出し、口腔機能の向上や予防を目的とするものです。