

口腔評価シート

	患者氏名	性別	生年月日	年齢
	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	才
住所	〒 ー		Tel ()	

観察項目 ✓を記入ください

□に✓がある場合は歯科医院の受診をご検討ください

口腔の衛生状態	<input type="radio"/> きれい	<input type="checkbox"/> 一部汚れている	<input type="checkbox"/> 多量の汚れがある
口臭	<input type="radio"/> ない	<input type="checkbox"/> ややある	<input type="checkbox"/> 強くある
自分の歯	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 虫歯がある	<input type="radio"/> 自分の歯はない
入れ歯	<input type="radio"/> 不要	<input type="radio"/> 良好に使用できている	<input type="checkbox"/> 不具合がある
歯肉・粘膜	<input type="radio"/> きれい	<input type="checkbox"/> 腫れている	<input type="checkbox"/> 出血がある
口腔乾燥	<input type="radio"/> ない	<input type="checkbox"/> 少しネバネバする	<input type="checkbox"/> 強い
歯や歯ぐきの痛み	<input type="radio"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 不明
入れ歯の痛み	<input type="radio"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 不明
舌や喉の痛み	<input type="radio"/> ない	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 不明
よだれ	<input type="radio"/> 出ない	<input type="radio"/> たまに出る	<input type="radio"/> よく出る
むせ	<input type="radio"/> ない	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> よくある
食事時間	<input type="radio"/> 30分以内	<input type="checkbox"/> 30分以上	<input type="radio"/> 経口摂取をしていない
発語	<input type="radio"/> 明瞭	<input type="radio"/> やや不明瞭	<input type="radio"/> 聞き取れない
聴力	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> 聞こえにくい	<input type="radio"/> 聞こえない
歩行能力	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> つかまり歩行	<input type="radio"/> 自力歩行できない
認知機能	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> 問題あり	<input type="radio"/> 認知できない
本人の希望			
特記事項 注意すべき疾患	コロナワクチン接種(済・未)		

判断できないとか不明な項目は記入の必要はありません

所見記入者

職種 _____

氏名 _____