

お口の課題チェック票

対象者氏名： _____ 性別：男・女 年齢： _____ 歳

介護度： _____ 基礎疾患： _____

お口の中に関すること

- 痛いところがあるようだ
- 口臭がする
- 歯や入れ歯に汚れが見受けられる
- 飲み込みにくいようだ
- 口が乾いた感じがする
- だ液やタンが絡んだ感じがする
- 歯が抜けたまま、または根だけの状態になっているところがある
- 入れ歯がない、またはあるが使っていない
- 入れ歯が合っていないようだ
- 粘膜に腫れや何らかの異常がありそう
- しばらく歯科受診やお口の手入れをしてない

その他伝えておきたいことなど

--

食に関すること

1	最近3カ月以内に、食事量が減少しましたか？
	a. 以前の半分以上 b. 以前の半分くらい c. 少し減った d. 減少なし
2	最近3カ月以内に、食事にかかる時間は長くなりましたか？
	a. 長くなった(_____ 分程度延長) b. 短くなった c. 変化なし
3	最近ムセることが多くなりましたか？
	a. あり(具体的に: _____) b. なし
4	最近3カ月以内に、体重の減少がありましたか？
	a. 3kg以上の減少 b. 3kg未満の減少 c. 減少なし
5	最近1年以内に、肺炎が原因で入院したことがありますか？
	a. 3回以上あり b. 1~2回あり c. なし
6	最近1年間の発熱の既往(頻度)はどの程度ですか？
	a. 年に数回 b. 月に1~2回 c. 月に数回 d. なし
7	最近3か月以内に食事形態の変化がありましたか？
	a. あり(具体的に: _____) b. なし

上記にあてはまる項目がありましたら、同封のFAX相談受付用紙・もしくはお電話にてお問い合わせください

【連絡先】北海道歯科医師会

オホーツク圏域在宅歯科医療連携室

受付時間 月曜日~金曜日 10:00~16:30

電話 (0120)22-0945

FAX (011)271-7514