

# 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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 痛いところがあるようだ     | <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> 口臭がする           | <input type="checkbox"/> 入れ歯がない、またはあるが使っていない           |
| <input type="checkbox"/> 歯や入れ歯に汚れが見受けられる | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合っていないようだ                 |
| <input type="checkbox"/> 飲み込みにくいようだ      | <input type="checkbox"/> 粘膜に腫れや何らかの異常がありそうだ            |
| <input type="checkbox"/> 口が乾いた感じがする      | <input type="checkbox"/> しばらく歯科受診やお口の手入れをしてない          |
| <input type="checkbox"/> だ液やタンが絡んだ感じがする  |  |

その他伝えておきたいことなど

## 食に関すること

[illegible]

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】

小樽市歯科医師会

## 道央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 (0134)27-3000 FAX (0134)27-4070

北海道歯科医師会

室携連療醫科齒宅在域圈央道

受付時間 月曜日～金曜日 10:00～16:30

電話 (0120)22-0945 FAX (011)271-7514