

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

1	最近3カ月以内に、食事量が減少しましたか？ a. 以前の半分以下 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】 苫小牧歯科医師会
道央圏域在宅歯科医療連携室
受付時間 平日 9:00～17:00
電話 (0144)33-7530
FAX (0144)35-5754