

口腔ケアアセスメント票

ふりがな	
氏 名	

記入者: _____

事前: _____ 年 _____ 月 _____ 日

事後: _____ 年 _____ 月 _____ 日

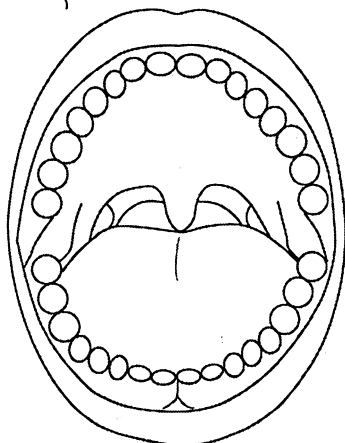
質 問 事 項			評 価 項 目		事前	事後
基本 チェ ック ク	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	0 いいえ		
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	0 いいえ		
	15	口の乾きが気になりますか	1 はい	0 いいえ		

※事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

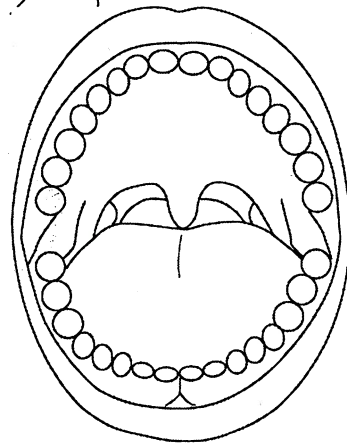
Q O L	1	食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 4 楽しくない	2 楽しみ 5 全く楽しくない	3 ふつう		
	2	食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 4 あまりおいしくない	2 おいしい 5 おいしくない	3 ふつう		
	3	お口の健康状態はどうですか	1 よい 4 あまりよくない	2 まあよい 5 よくない	3 ふつう		
食 事	4	食事中や食後のむせ	1 ない	2 あまりない	3 ある		
	5	食事中や食後の痰のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ		
衛 生	6	食物残渣	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	7	舌苔	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	8	歯又は義歯の汚れ	1 なし・少量	2 中程度	3 多量		
	9	口臭	1 なし	2 弱い	3 強い		
	10	口腔清掃の習慣	1 毎日(朝・昼・夜)	2 磨かない日がある			
機 能	11	反復唾液嚥下テスト(RSST)	1 3回以上	2 3回未満	※事前の欄には、生活機能評価の結果を転記する。		
	12	頬の膨らまし(空ぶくぶくうがい)	1 左右十分可能	2 やや不十分	3 不十分		

義歯の状況	☐ なし ☐ 有り ☐ 上顎 ☐ 全部床義歯 ☐ 部分床義歯 ☐ 下顎 ☐ 全部床義歯 ☐ 部分床義歯
歯科診療の状況	☐ なし ☐ 有り ☐ 1週間に1～2回程度の治療(う蝕、歯周病、義歯作成等の治療が中心) ☐ 1～数ヶ月に1回程度のメンテナンス等(定期健診等も含む)
特記事項	

事前 (/)



事後 (/)



(様式7-3)

口腔機能向上個別計画

様

作成日 年 月 日

わたしのゴール

ゴールに向かう身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度も含む）		実施期間
	専門的 プログラム		
	セルフケア プログラム		
	専門的 プログラム		
	セルフケア プログラム		

実行や支援にあたって注意することなど

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者

口腔機能向上サービスの経過記録

目標(ゴール)

氏名	
----	--

	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点					
課題・改善点等					
口腔清掃方法等 変更の必要性					
特記事項					
担当者の署名					

介護予防事業報告書

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日 年 月 日

次のとおり報告します。

利用者氏名

項 目		サービス開始時 (月 日)			3ヶ月後 (月 日)		
口腔機能向上	舌苔 (口腔清掃)	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	歯又は義歯の汚れ (口腔清掃)	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	反復唾液嚥下テスト (摂食・嚥下機能)	回			回		
	頬の膨らまし (摂食・嚥下機能)	1 十分	2 やや不十分	3 不十分	1 十分	2 やや不十分	3 不十分
	目標の達成度、サービス継続の必要性等						

総合的評価

所属 (事業所) _____

作成担当者氏名 _____

氏 名	利 用 日 等					
	利用日	サービス	利用日	サービス	利用日	サービス
明・大・昭 . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	
明・大・昭 . . 生	/ ()	口腔	/ ()	口腔	/ ()	口腔
	印		印		印	

(合計)

口腔ケア	人
------	---

※延人数を記入してください。