

口腔機能アセスメント票

ふりがな	
氏 名	

記入者: _____

事前: 年 月 日

事後: 年 月 日

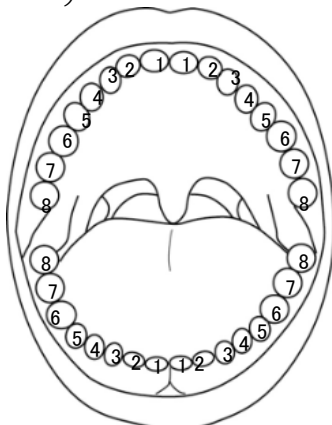
質 問 事 項			評 価 項 目		事前	事後
基本 リス テッ ク	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	0 いいえ		
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1 はい	0 いいえ		
	15	口の乾きが気になりますか	1 はい	0 いいえ		

※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)	右欄に嚥下回数を記載				
	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 (/)

