

口腔機能アセスメント票

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 リス ト	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		

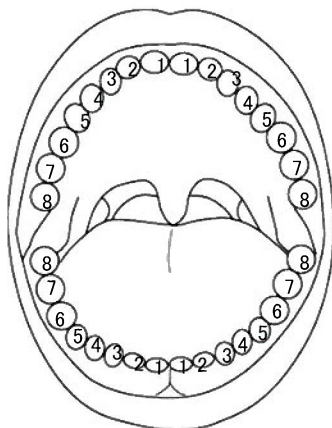
※事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

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）	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		
※ 舌 圧	13	舌圧計	右欄に舌圧計測結果を記載			kPa	kPa
	14	舌トレーニング用具（緑ベコばんだ）	1 簡単に潰せる	2 潰せる	3 潰せない		

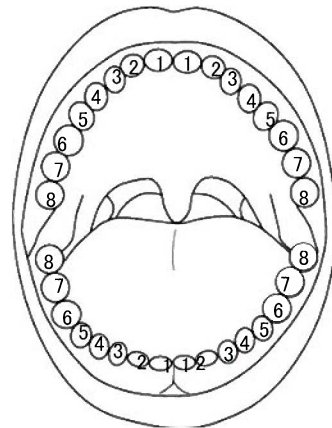
※舌圧計又は舌トレーニング用具による評価を実施した場合は効果判定・評価加算対象

義歯	☐ なし ☐ 有り（ ☐ 上顎 ☐ 下顎）
歯科診療	☐ なし ☐ 有り（メンテナンスを含む）
特記事項	

事前



事後



通所口腔ケアサービス 個別計画

様

作成日 年 月 日

計画の期間 平成 年 月 日 ~ 平成 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

通所口腔ケアサービス経過記録

様式4(短期集中通所口腔ケアサービス)

目標(ゴール)

氏名	
----	--

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5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					

通所口腔ケアサービス経過記録

様式4(短期集中通所口腔ケアサービス)

氏名	
----	--

	第6回	第7回			
実施日	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					

短期集中通所口腔ケアサービス利用状況(年 月分)

齒科医院名

介護保険 被保険者番号	
氏 名	
生年月日	明・大・昭 ・ ・ 生
担当地域包括支援センター 又は居宅介護支援事業所	地域包括支援センター (居宅介護支援事業所)

《利用開始日》

年 月 日

《利用状況》

実施日	時 間	利用回数	加 算※	利用者 確認印又はサイン
／ ()	時 分 ～ 時 分	回目	☐ 舌圧計【 kPa】 ☐ 舌トレーニング用具【 】 (緑ペコぱんだ)	
／ ()	時 分 ～ 時 分	回目	☐ 舌圧計【 kPa】 ☐ 舌トレーニング用具【 】 (緑ペコぱんだ)	
／ ()	時 分 ～ 時 分	回目	☐ 舌圧計【 kPa】 ☐ 舌トレーニング用具【 】 (緑ペコぱんだ)	

※ サービス利用開始日及び終了日に実施した場合に効果測定・評価加算が算定されます。

実施した場合は☑を記入し、舌圧計については計測結果を、ペコぱんだについては潰せた場合は「○」、潰せない場合は「×」を【 】内に記入してください。(効果測定・評価加算はいずれか一方のみ算定されます。)

《利用者負担》 いずれか該当する方に○をつけてください。

1割 ・ 無

短期集中通所口腔ケアサービス実施報告書

広島市 地域包括支援センター長 様 作成日 年 月 日
（居宅介護支援事業所： ）

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
	※舌圧計（摂食・嚥下機能） （実施した場合に記入）	kPa			kPa		
	※舌トレーニング用具(摂食・嚥下機能) （実施した場合に記入）	1 簡単に 潰せる	2 潰せる	3 潰せない	1 簡単に 潰せる	2 潰せる	3 潰せない
	目標の達成度、サービス継続の必要性等						

総合的評価

歯科医院名

作成担当者氏名