

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		

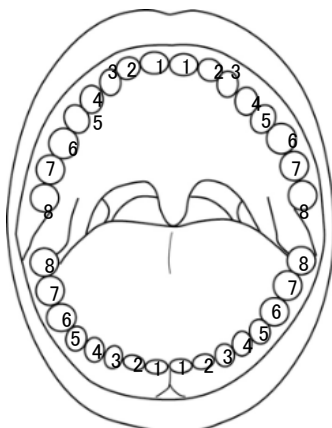
※事前の欄には、基本チェックリストの結果を転記する。

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		
※ 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（緑ペコばんだ）	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（メインテナンスを含む）
特記事項	

事前



事後

