

口腔機能アセスメント票・個別サービス計画書・サービス実施報告書

(初回及び終了回の委託料請求時に様式4「短期集中通所口腔ケアサービス利用状況」とともに写しを事務局に送付)

利用者氏名	
-------	--

初回時: 年 月 日

終了時: 年 月 日

質問事項		評価項目	初回	終了
基本チェック	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		
QOL	1 食事が楽しみですか	1 とても楽しみ 2 楽しみ 3 ふう 4 楽しくない 5 全く楽しくない		
	2 食事をおいしく食べていますか	1 とてもおいしい 2 おいしい 3 ふう 4 あまりおいしくない 5 おいしくない		
清掃状況等	3 食物残渣	1 ほとんどなし 2 中程度 3 多量		
	4 舌苔	1 ほとんどなし 2 中程度 3 多量		
	5 歯垢	1 ほとんどなし 2 中程度 3 多量		
	6 口腔乾燥	1 正常 2 軽度 3 中等度 4 高度		
義歯	7 清掃	1 良好 2 不良 3 義歯なし		
	8 適合	1 良好 2 不良 3 義歯なし		
臼歯部	9 現在歯による咬合	1 左右ともあり 2 左右一方のみあり 3 左右ともなし		
	10 義歯装着による咬合	1 左右ともあり 2 左右一方のみあり 3 左右ともなし		
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 舌トレニング用具 (緑ペコぱんだ)	1 簡単に潰せる 2 潰せる 3 潰せない		
任意評価	15 オーラルディアドコキネシス 「バ」	右欄に測定結果を記載 (10秒当たりの回数)	回	回
	16 オーラルディアドコキネシス 「タ」	右欄に測定結果を記載 (10秒当たりの回数)	回	回
	17 オーラルディアドコキネシス 「カ」	右欄に測定結果を記載 (10秒当たりの回数)	回	回
	18 咀嚼機能評価 (咬筋触診法)	1 左右とも強い 2 左右一方弱い 3 弱い又はなし		
	19 舌機能評価 (挺舌)	1 十分 2 不十分 3 不能		

※舌圧計又は舌トレ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

個別計画 (初回時)	実施期間:上記初回日から概ね3か月間	歯科治療 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (メンテナンスを含む)
	目標	目標達成のための具体的計画 (頻度も含む)
評価 (終了時)	目標の達成状況等	総合的評価 <input type="checkbox"/> 通いの場等における口腔体操等の継続が必要 <input type="checkbox"/> 引き続き当院で専門的ケアの継続が必要 <input type="checkbox"/> 所見等 []
		利用効果判定 (アセスメント結果を総合判定) <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

地域包括支援センター長 (居宅介護支援事業所長) 様

上記のとおり報告します。

歯科医院名