

# 口腔アセスメント用チェックシート

・本人または家族等からの聞き取りや口腔内の観察によって、チェックをつけてください。

対象者名

**\*かかりつけ歯科の有無(いずれかに☑)**

- かかりつけ歯科、または以前受診した歯科医院等、相談できる  
 歯科医院がある (歯科医院名: \_\_\_\_\_ )
- かかりつけ歯科がない

記入者名

事業所名

連絡先(TEL)

記入日

令和 年 月 日

チェック項目	該当は ○印	メモ (部位・気づいたこと等)	多職種連携による援助の方向性と内容
1 最近1年間に、(誤嚥性)肺炎が原因で入院したことがある。			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>※毎日の口腔ケア</b> </div> <p>◆口腔機能向上体操 (飲み込む機能などの低下を予防する)</p> <p>◆口腔ケア (嚥下反射を高める、口腔内細菌による感染の予防)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>※定期的な口腔管理 (歯科健診を推奨)</b> </div> <p>◎かかりつけ歯科に定期的に口腔内の状態を見てもらえるように勧めていきましょう。</p> <p>◎また、日常的な口腔ケアや口腔機能向上体操など、何らかの援助を行っても症状が気になる(悪くなっていく)場合や、日常生活に不具合が生じる場合には、本人・家族と相談し、早めに歯科医に相談しましょう。</p>
2 最近3か月間に、食べにくくて食事にかかる時間が長くなった。			
3 お茶や汁物等でむせることがある。または、飲み込みにくい。			
4 口の中に食べ残しがある。			
5 食べかす・プラーク(歯垢)がある。または、入れ歯が汚れている。			
6 歯みがき時などに出血する。			
7 舌苔(舌の汚れ)が付着している。			
8 口臭がある。			
9 日中、口の渇きが気になる。			
10 歯の痛みがある。 (歯の痛みを訴える)			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>※歯科医療機関につなげる</b> </div> <p>◎必要な治療が受けられるように、歯科受診につなげましょう。</p> <p>*受診については、『歯科受診のためのフローチャート』をご参照ください。</p>
11 冷たいもの、熱いものがしみる。			
12 グラグラする歯がある。			
13 入れ歯に不具合がある。 ①痛みがある ②外れやすい ③使えていない ④その他			

・ 歯科受診を希望する場合は、かかりつけ歯科医院にご相談ください。  
 ・ 訪問歯科診療を希望される場合は、裏面フロー図で訪問歯科診療の対象となるかご確認ください。  
 ・ かかりつけ歯科医院が訪問歯科診療を実施していない場合は、「湖東地域歯科医療機関情報一覧(第4版)」を参考にしてください。  
<http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/kenkou/310886.html>