**口腔ケアチェックシート**　　　令和　　　年　　月　　日

氏名（イニシャル）　　　　　　　　（男・女）　　　　　　　　歳

1. 半年前に比べて固いものが食べにくくなった　　はい　　いいえ
2. お茶や汁物等でむせることがある　　　　　　　はい　　いいえ
3. 口の渇きが気になる　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ
4. 飲み込みに苦労することがある　　　　　　　　はい　　いいえ
5. 食べこぼしがある　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ
6. 発声がはっきりしない（滑舌）　　　　　　　　はい　　いいえ
7. 舌が汚れている　　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ
8. 口の中が汚れている　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ
9. 口の中で痛いところがある　　　　　　　　　　はい　　いいえ
10. うがい（ぶくぶくぺー）ができない　　　　　　はい　　いいえ
11. 声が変わった(ガラガラ声や鼻に抜ける声)　　　はい　　いいえ
12. 入れ歯が合っていない　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ
13. 自分で歯磨きができない　　　　　　　　　　　はい　　いいえ
14. よく咳をする　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ
15. 食べる量が減った　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ
16. 体重が減った　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ



／　健全歯　　　欠損処置歯

○　処置歯　　　欠損歯

Ｃ　虫歯

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （右） | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | （左） |
| 　￪上 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　￬下 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |

　　　　　　　　　　犬歯　　　　　　　　小臼歯　大臼歯

※残存歯数　　　　本

※義歯の有無（総義歯・部分義歯・義歯なし）