**口腔ケアチェックシート**　　　令和　　　年　　月　　日

【様式4】

氏名（イニシャル）　　　 　　　　　（ 男 ・ 女 ）　　　　　　　　歳

① 半年以内に歯科受診をしていない　　　　　　はい　　いいえ

② 現在の残存歯の本数　　　　　　 歯の数（機能歯数）…入れ歯も入れる

|  |  |
| --- | --- |
| （　　）　本 | （　　）　本 |
| （　　）　本 | （　　）　本 |

③ 入れ歯を使っている　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　（　総入れ歯・部分入れ歯　）

④ 入れ歯が合っていない　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

⑤ 飲み込みに苦労することがある　　　　　　　はい　　いいえ

⑥ 食べこぼしがある　　　　　　　　　　　　 はい　　いいえ

⑦ 発声がはっきりしない（滑舌）　　　　　　　はい　　いいえ

⑧ 舌が汚れている　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

⑨ 口の中が汚れている　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

⑩ 口の中で痛いところがある　　　　　　　　　はい　　いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　　（　歯・歯肉・舌・頬　）

⑪ 自分で歯磨きができない　　　　　　　　　　はい　　いいえ

⑫ 歯磨きしない時がある はい　　いいえ

（　朝 ・ 昼 ・ 晩　）

⑬ うがい（ぶくぶくぺー）ができない　　　　　はい　　いいえ

⑭ 声が変わった(ガラガラ声や鼻に抜ける声) 　 はい　　いいえ

⑮ よく咳をする　　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

⑯ 食べる量が減った　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

⑰ その他気になるところがある

右

左