

歯と口の機能と管理（初回）

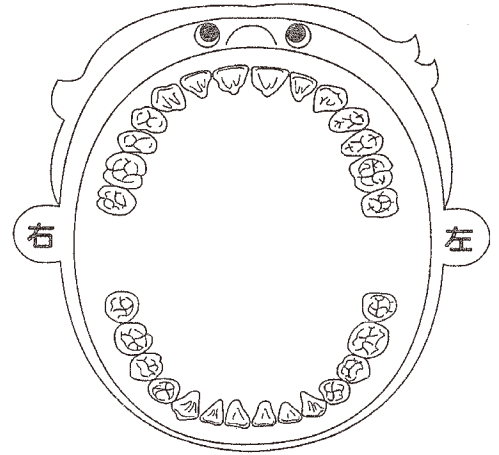
お名前 様（男・女） 生年月日 年 月 日

全身の状態

1	基礎疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（疾患名 かかりつけ医療機関（ ）
2	服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名 ）
3	肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 繰り返しあり
4	低栄養のリスク(体重の変化等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明

口腔内状態

1	う蝕	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 治療の緊急性(あり・なし)
2	歯周疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 治療の緊急性(あり・なし)
3	口腔衛生の状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良
4	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 重度
5	軟組織疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 治療の緊急性(あり・なし)
6	咬合接触(臼歯部)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(片側・両側)
7	義歯使用状況	上 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 使用状況()
	義歯製作修理の必要性	上 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり



口腔機能等

1	口腔咽頭機能	舌の運動	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良
		頬、口唇の動き	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良
		開口量	<input type="checkbox"/> 3横指 <input type="checkbox"/> 2横指 <input type="checkbox"/> 1横指以下
		軟口蓋の動き(/ア/発声時)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良
2	構音機能	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> やや不明瞭な音あり <input type="checkbox"/> 不明瞭	
3	頸部可動性	頸部可動域	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 少し動く <input type="checkbox"/> 不動
4	咀嚼運動	<input type="checkbox"/> 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能	<input type="checkbox"/> 下顎および舌の上下運動
		<input type="checkbox"/> 下顎の上下運動のみ	<input type="checkbox"/> ほとんど下顎の動きがない
5	食事摂取状況	経管栄養チューブ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
		座位保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
		開口保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能
		むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 液体で時々あり <input type="checkbox"/> 頻繁にあり
6	食形態	水分	<input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり <input type="checkbox"/> 禁
			<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 常食(一口大) <input type="checkbox"/> 軟菜食(ソフト食) <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体的に) <input type="checkbox"/> その他()

口腔清掃状況等

1	口腔清掃の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
2	うがいの状況	口腔内での水分の保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる
		含嗽(ブクブクうがい)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる

管理方針等

管理方針等

次回訪問予定日： 年 月 日

歯と口の機能と管理（継続）

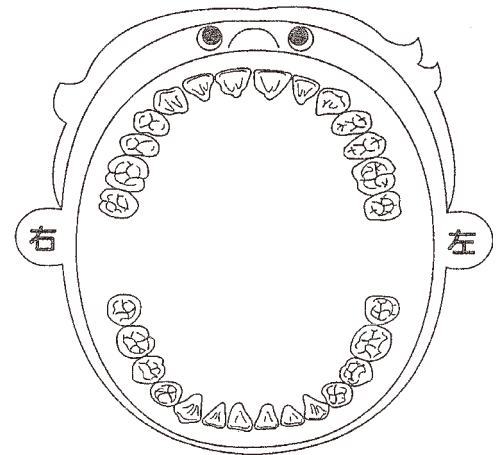
お名前 様（男・女） 生年月日 年 月 日

全身の状態の変化

1	新しい疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(追加)
2	服薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(追加)(減少)
3	肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 繰り返しあり
4	体重の増減	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()kg 増・減
5	その他	

口腔内状態・治療の進行度

1	う蝕	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
2	歯周疾患	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
3	義歯	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
4	冠・ブリッジ	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
5	軟組織疾患の状態	
6	口腔衛生の状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
7	歯ブラシ以外 (補助用具)の使用	①歯間ブラシ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ②フロス <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ③その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり



口腔機能等

1	口腔咽頭機能	舌の運動	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良
		頬、口唇の動き	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良
		開口量	<input type="checkbox"/> 3横指 <input type="checkbox"/> 2横指 <input type="checkbox"/> 1横指以下
		軟口蓋の動き(/ア/発声時)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや良好 <input type="checkbox"/> 不良
2	構音機能	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> やや不明瞭な音あり <input type="checkbox"/> 不明瞭	
3	頸部可動性	頸部可動域	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 少し動く <input type="checkbox"/> 不動
4	咀嚼運動	<input type="checkbox"/> 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能 <input type="checkbox"/> 下顎および舌の上下運動 <input type="checkbox"/> 下顎の上下運動のみ <input type="checkbox"/> ほとんど下顎の動きがない	
5	食事摂取状況	経管栄養チューブ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他
		座位保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良
		開口保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能
		むせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 液体で時々あり <input type="checkbox"/> 頻繁にあり
6	食形態	水分	<input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり <input type="checkbox"/> 禁
			<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 常食(一口大) <input type="checkbox"/> 軟菜食(ソフト食) <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(具体的に) <input type="checkbox"/> その他()

口腔清掃状況等

1	口腔清掃の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
2	うがいの状況	口腔内での水分の保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる
		含嗽(ブクブクうがい)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる

管理方針等

次回訪問予定日： 年 月 日

保険医療機関名

担当歯科医師名