

【口腔機能向上(口腔ケア)スクリーニング表】

1)データ No. _____ 2) 調査日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 3) _____ 回目

* 基本情報

住所: _____	Tel _____ (_____)
4) 氏名 _____ (男・女)	
5) 生年月日: 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	6) _____ 歳
7) 事業所名: _____	Tel _____ (_____)
〈事業所番号〉 _____	Fax _____ (_____)
8) ケアマネ・保健師・看護師名: _____	
9) 主治の歯科医師名: _____	医院名 _____ 連絡先: Tel _____ (_____)

* 『口腔機能向上サービス』対象者を選別する際の参考項目

◆口腔機能アセスメント表 (下記の項目でサービス対象者を選別します)	
10) 認定調査3項目 (できる or 自立)以外に該当するか	
<ul style="list-style-type: none"> -嚥下 -食事摂取 -口腔清潔 <p style="text-align: right;">* 一つでも該当すれば ➡ サービス対象者</p>	
11) 基本チェックリスト	
<ul style="list-style-type: none"> -半年前に比べて固い物が食べにくくなった -お茶や汁物等でむせることがある -口の渴きが気になる <p style="text-align: right;">* 2項目以上に該当すれば ➡ サービス対象者</p>	
* 以下の項目の1に該当したら ➡ サービス対象者	
12) 口腔内や義歯の衛生状態 : 1 不良 2 良好	13) 口臭 : 1 強い 2 少しあり 3 なし
14) 舌苔 : 1 多量 2 あり 3 なし	15) 頬のふくらまし : 1 不十分 2 十分
16) 咬筋緊張度の触診 : (右) 1 無し or 弱 2 強 (左) 1 無し or 弱 2 強	17) 舌運動 : 1 不可能 or 不完全 2 可能