**ご利用者名**　 　　　　　　　　　**様**　　（記入者： 　　　　）　記入日：令和　　年　　月　　日

簡易口腔アセスメント（**＊当てはまるものに〇印または記入をお願いします。）**

|  |  |
| --- | --- |
| **見た目** | 自分の歯がありますか？ 　　有 ・ 無 わかれば（上 　 ／１４本　・　下 　／１４本）上下で噛み合う歯がありますか？ 有 ・ 無 わかれば（前歯 本　・　奥歯 本）唇が乾いていませんか？ 　　良好・ 乾いている  |
| **入れ歯** | 入れ歯がありますか？ 　　　　有 ・ 無 分かれば（総入れ歯 上・下　） （部分入れ歯 上・下　）入れ歯は合っていますか？ 　　はい　・　まあまあ　・　いいえ食事の時に使っていますか？　 はい　・　時々使う　・　いいえ外して寝ますか？ 　　　　 外す　・　そのまま  |
| **道具** | 口腔ケアは何を使っていますか？歯ブラシ：毛先が　ひらいている　・ひらいていない歯磨き剤： 使用 ・ 不使用補助具：歯間ブラシ・糸ようじ・フロス・電動歯ブラシ・洗口剤義歯関連（入れ歯洗浄剤・入れ歯安定剤・その他 　　　　 ） |
| 管理 | 夕食後または寝る前に歯や入れ歯を磨きますか？  磨く ・ 磨かない最近、歯科医院に行ったのはいつ頃ですか？  　 　（ 　日前・ 　ヶ月前・ 　年前・ 忘れた　）  |
| **臭い** | 口臭がありますか？ 有 ・ 無  　　　原因がわかれば（歯や入れ歯の汚れ・ムシ歯・食べかす・舌苔・歯周病・全身疾患・その他 ）  |
| **全身** | このような症状はありませんか？ ・息が上がる　　　 　　　・喉に食物が残る ・口が乾く　　　　　　 　・味が分かりにくい ・背中が曲がっている 　　・薬が飲みにくい  |

**誤嚥性肺炎リスク評価（＊気になる症状がありましたら〇を記入してください。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **口** | **口臭**  | **口腔乾燥**  | **口の中の汚れ**  | **義歯の不具合**  |  **／４**  |
|  |  |  |  |
| **体** | **ADL（座位保持）**  | **呼吸力**  | **BMI<19**  | **会話明瞭度**  | **／４**  |
|  |  |  |  |
| **嚥下機能** | **食事中のムセ** | **飲水でムセ** | **飲み込みにくさ** | **発音** | **／４**  |
|  |  |  |  |
|  | **合計　　　　　　　　　　　　　　　／１２** |