**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** | | |