







簡易口腔アセスメント（全職種共通）

*該当する□に✓を入れてください。

<p>見たい目</p> 	<p>自分の歯は何本ですか？ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 上 /14本・下 /14本 上下で噛み合う歯は何本ですか？ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 前歯 本・奥歯 本 唇の乾き <input type="checkbox"/>良好 <input type="checkbox"/>乾いている</p>
<p>お手入れ</p> 	<p>夕食後または寝る前、歯（義歯）を磨きますか？ <input type="checkbox"/>磨く <input type="checkbox"/>磨かない 最近、歯科に行ったのはいつですか？ 日前・ヶ月前・年前・ 忘れた</p>
<p>におい</p> 	<p>お口の臭いは？ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 原因 <input type="checkbox"/>汚れ <input type="checkbox"/>むし歯 <input type="checkbox"/>食物残渣 <input type="checkbox"/>舌苔 <input type="checkbox"/>歯周病 <input type="checkbox"/>全身疾患 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
<p>全身</p> 	<p>こんな症状がありますか？ <input type="checkbox"/>息が上がる <input type="checkbox"/>喉に食べ物が残る <input type="checkbox"/>口が乾く <input type="checkbox"/>味がわかりにくい <input type="checkbox"/>背中が曲がっている <input type="checkbox"/>薬が飲み辛い</p>
<p>道具</p> 	<p>お口の手入れは何を使いますか？ <input type="checkbox"/>歯ブラシ <input type="checkbox"/>歯磨き粉 <input type="checkbox"/>歯間ブラシ <input type="checkbox"/>フロス <input type="checkbox"/>電動歯ブラシ <input type="checkbox"/>洗口液 義歯関連：義歯用洗浄剤 <input type="checkbox"/>入れ歯安定剤 その他</p>
<p>義歯</p> 	<p>入れ歯はありますか？ 総入れ歯：<input type="checkbox"/>上 <input type="checkbox"/>下 部分入れ歯：<input type="checkbox"/>上 <input type="checkbox"/>下 入れ歯は合っていますか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>まあまあ <input type="checkbox"/>いいえ 食事では使っていますか？ <input type="checkbox"/>いつも使う <input type="checkbox"/>時々 <input type="checkbox"/>使わない 寝るとき義歯は？ <input type="checkbox"/>外す <input type="checkbox"/>つけたまま</p>
<p>備考欄</p>	

記入者氏名

(職種)

記入日 年 月 日