

# 口腔機能チェックシート

記入日 平成 年 月 日

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明					
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	

	質問項目	該当基準	/	/	/	/
1	半年前とくらべて固いものが食べにくいですか。	はい・いいえ ※「はい」で該当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	お茶や汁物で頻繁にむせることはありますか。(1回/日以上)	はい・いいえ ※「はい」で該当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか。 ※ b、cのいずれかにチェックした場合は該当	a. 両方できる b. 片方だけできる c. どちらもできない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	口が乾きやすいですか。 口の中が「ねばねば」しますか。	はい・いいえ ※「はい」で該当	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	口臭がする。(口元から 30~40 cmの距離で口臭の有無を評価して下さい。) ※ b、cのいずれかにチェックした場合は該当	a. 臭わない b. 悪臭と認識できる c. 我慢できない強い悪臭を感知する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
該当項目が <b>3項目</b> 以上で口腔機能低下が疑われる		該当数				

(一社) 寝屋川市歯科医師会 在宅歯科ケアステーション

TEL: 072-828-3930 FAX: 072-828-6270

[zaitaku-nda@blue.ocn.ne.jp](mailto:zaitaku-nda@blue.ocn.ne.jp)

(担当者) 榎部