

口腔ケアチェックシート(詳細版)

次の項目をチェックしてみましょう。

- | | | |
|---------------------------|----|-------------------|
| 1 . 口に痛み・はれ・出血がある | はい | いいえ |
| 2 . 歯のないところがあってそのままになっている | はい | いいえ |
| 3 . 入れ歯が合っていない | はい | いいえ |
| 4 . 口の中が汚れている | はい | いいえ |
| 5 . 舌苔がある | はい | いいえ |
| 6 . 入れ歯が汚れている(清掃していない) | はい | いいえ |
| 7 . 口臭がある | はい | いいえ |
| 8 . 口の渇きが気になる | はい | いいえ |
| 9 . 食事中にむせることがある | はい | いいえ
(しばしば たまに) |
| 10 . 痰のからみがある | はい | いいえ
(しばしば たまに) |
| 11 . 固いものが食べにくくなった | はい | いいえ |
| 12 . 食べこぼしが多くなった | はい | いいえ |

これらの項目で、一つ以上「はい」がある場合は、「訪問口腔ケア健診」をおすすめします。