

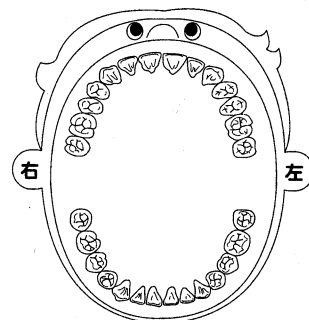
年 月 日

歯と口の機能と管理（継続）

お名前 _____ 様（男・女） 生年月日 _____ 年 月 日

全身の状態の変化

1	新しい疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(追加)
2	服薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(追加) (減少)
3	肺炎の既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(最終発症年月)
4	体重の増減	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()kg 増・減
5	その他	



口腔内状態・治療の進行度

1	う蝕	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
2	歯周病	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
3	義歯	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
4	冠・ブリッジ	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了
5	軟組織疾患の状態	

口腔清掃状況

1	清掃状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良
2	歯ブラシ以外（補助用具）の使用	<input type="checkbox"/> ①歯間ブラシ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ②フロス <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ③その他 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

口腔機能管理

1	口腔機能	<input type="checkbox"/> 良好（舌機能・頬、 <input type="checkbox"/> 唇機能・軟口蓋機能） <input type="checkbox"/> やや不良（舌機能・頬、 <input type="checkbox"/> 唇機能・軟口蓋機能） <input type="checkbox"/> 不良（舌機能・頬、 <input type="checkbox"/> 唇機能・軟口蓋機能）												
2	構音機能	<input type="checkbox"/> 明瞭（パ音・タ音・カ音） <input type="checkbox"/> やや不明瞭（パ音・タ音・カ音） <input type="checkbox"/> 不明瞭（パ音・タ音・カ音）												
3	咀嚼運動	<input type="checkbox"/> 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能 <input type="checkbox"/> 下顎および舌の上下運動 <input type="checkbox"/> 下顎の上下運動のみ <input type="checkbox"/> ほとんど下顎の動きがない												
4	食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> とろみ付刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他()												
5	口腔ケアに対するリスク	<table border="1"> <tr> <td>経管栄養チューブ</td> <td><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td>座位保持</td> <td><input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良</td> </tr> <tr> <td>頸部可動性</td> <td><input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 不可</td> </tr> <tr> <td>開口保持</td> <td><input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能</td> </tr> <tr> <td>口腔内での水分保持</td> <td><input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる</td> </tr> <tr> <td>含嗽（ブクブクうがい）</td> <td><input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる</td> </tr> </table>	経管栄養チューブ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他	座位保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	頸部可動性	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 不可	開口保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能	口腔内での水分保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる	含嗽（ブクブクうがい）	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる
経管栄養チューブ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他													
座位保持	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良													
頸部可動性	<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> 不可													
開口保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能													
口腔内での水分保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる													
含嗽（ブクブクうがい）	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 不可能→むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口からでる													

管理方針等

次回訪問予定日： 月 日

保険医療機関名

担当歯科医師名