

口腔機能向上の記録 アセスメント・モニタリング・評価

NO	氏名	記入者	ST・DH・Ns	事前		事後		
				年	月 日	年	月 日	
質問項目の転記と問題点にチェックを入れる。				本人・家族	観察	本人・家族	観察	
QOL 摂食・嚥下について	1	お口の健康状態は？	0 よい	1 ぶつう	2 よくない			
	2	食事をおいしく食べていますか？	0 おいしい	1 ぶつう	2 おいしくない			
	3	固いものが食べにくい	0 いいえ	1 はい				
	4	よだれがよくでる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	5	食べこぼすことがある	0 こぼさない	1 多少こぼす	2 多量にこぼす			
	6	食べ物が飲み込みにくい	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	7	食べ物がのどに残った感じがする	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	8	お茶や汁物でむせることがある	0 いいえ	1 はい				
	9	食べ物でむせる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	10	食事中や食後に、タンがからんだり、声がかすれる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	11	食事中に鼻水がでる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
口腔乾燥・口臭など	12	口の渇きが気になる	0 いいえ	1 はい				
	13	口臭が気になる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	14	睡眠中に口の渇きで目が覚める	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	15	乾いた食品が食べにくい	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	16	味覚がおかしい	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	17	上手くしゃべることが出来ない	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
	18	入れ歯で、口の中が傷つく	0 ない	1 時々ある	2 いつもある			
歯と舌の清掃	19	歯みがきは、1日何回していますか？ 誰がしていますか？ ()				回	回	
	20	歯を磨く時に、歯みがき粉を使っていますか？	0 はい	1 いいえ				
	21	舌の清掃やマッサージをしていますか？	0 はい	1 いいえ				
	22	定期的に歯科医院で検診や歯の清掃を受けてますか？	0 はい	1 いいえ				
入れ歯の方	23	入れ歯の清掃は、1日何回していますか？ 誰がしていますか？ ()				回	回	
	24	入れ歯は、ブラシを使って洗っていますか？	0 はい	1 いいえ				
	25	入れ歯は、ヌルヌルがとれるまで洗っていますか？	0 はい	1 いいえ				
	26	入れ歯洗浄剤(ポリデント等)を使っていますか？	0 はい	1 いいえ				
	27	入れ歯は、就寝前までお口の中に入れてありますか？	0 はい	1 いいえ				
	28	入れ歯は、はずして寝ていますか？	0 はい	1 いいえ				
現在歯科医院にかかっていますか？ かかっている方は、医院名と理由を教えてください。								
お口の中の状態で、何か気になること、知りたいこと								
基本情報	麻痺の状態： 0. なし 1. 麻痺あり (麻痺側：右・左)			聴覚： 0. 十分 1. やや不足 2. 不十分				
	上肢の動き： 0. 自由 1. 不自由 (右・左・両方)			視覚： 0. 十分 1. やや不足 2. 不十分				
	上半身の保持状態： 0. 良 1. 不良 (右・左・前方)			拒否： 0. なし 1. 少し 2. 強い				
	栄養方法：経口・経管・経静脈		非経口期間： 年 月		体重減少：有・無		BMI(18.5未満)	
	食事形態：常菜・刻み・軟菜・ミキサー食 (介助：半・全 褥創：有・無)							
	病歴)							
常用薬)								
特記事項)								