

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
(しばしば) | いいえ
(たまに) |
| 10. 痰のからみがある | はい
(しばしば) | いいえ
(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。

デイケアセンターきざき
025-388-2141