

お口の健康は日々のケアが大切です！

一人ひとりの記録用に下記のチェックシートをご利用ください。

口腔ケア チェックシート

氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	要介護認定等	実施日
			<input type="checkbox"/> 非該当	年 月 日
	(生年月日 明・大・昭・平 年 月 日)		要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	記入者
開口状態	<input type="checkbox"/> 楽に開く <input type="checkbox"/> 少し開く <input type="checkbox"/> 開かない			
口臭	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有			
口唇の乾燥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有			
舌苔	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有(色調:)			
食物残渣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有			
歯垢	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有			
粘膜炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有(発赤・腫れ・出血・口内炎・潰瘍・その他)			
口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有			
むし歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 無歯顎			
歯肉炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有(発赤・腫れ・出血・潰瘍・その他)			
喀痰	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有(色調:)			
知覚過敏	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口唇・舌・歯・歯肉・頬粘膜・口蓋・その他)			
嘔吐反射	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(舌・口蓋・その他)			
咬反射	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
うがい	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 口に含むことはできる <input type="checkbox"/> できない			
歯みがき	自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	頻度	<input type="checkbox"/> 毎食後 <input type="checkbox"/> 毎日(起床時・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前) <input type="checkbox"/> ときどき(週に 回) <input type="checkbox"/> ほとんどみがかない		
	内容	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> ウェットティッシュ <input type="checkbox"/> ガーゼ <input type="checkbox"/> その他()		
義歯	使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部分義歯(上・下)・総義歯(上・下))		
	装着状態	<input type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 安定していない(外れやすい・割れや欠けなどがある) <input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> その他()		
	着脱の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	使用頻度	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 食事時 <input type="checkbox"/> 食事時以外 <input type="checkbox"/> 使用していない		
	汚れの程度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 有		
	清掃の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	清掃頻度	<input type="checkbox"/> 毎日(回) <input type="checkbox"/> ときどき(週に 回) <input type="checkbox"/> みがかない		
◆その他問題点◆				

