

お口のチェックシート

ご利用者名	生年月日 年 月 日 年齢		T・S 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
担 当 ケアマネジャー	所属：				
	氏名： 連絡先（ ）				
かかりつけ医	基礎疾患				
	処方薬				
かかりつけ 歯科医	有 ・ 無 ・ 不明 (歯科医院：)	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問	最終受診月	月	次回予定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

ステップ1 口腔ケアの必要性チェック

- 歯磨きがうまくできない
- ぶくぶくうがいがうまくできない
- 入れ歯の清掃がうまくできない
- 口が渇く
- 口臭が気になる
- 舌の色が気になる
- 肺炎を繰り返している
- 他に口で気になることがある
()

1 つでもチェックあり ▶ 口腔ケアの指導や介助が必要

- すでに歯科医師または歯科衛生士が管理中
- 歯科医師の診察を希望（通院または訪問）
- 希望なし → 理由

- チェックなし
▶ 定期的な歯科医師または歯科衛生士の管理 有 , 無

ステップ2 歯科受診の必要性チェック

- 口の中に痛いところや、しみるところがある
- 歯が欠けたり、かぶせ物が取れたりしている
- 歯が抜けたままになっている
- 歯ぐきから血が出たり、歯ぐきが腫れたりしている
- 歯がぐらぐらしたり、浮いたような感じがする
- 入れ歯の調子が悪い。入れ歯が壊れている
- 硬いものが食べにくい。食事に時間がかかる
- 食べ物が飲み込みにくい。飲み込み後も口に残っている
- 食事中にむせやすい。のどがゴロゴロいうことがある
- 最近 体重が減ってきた（食べる量が減ってきた）
- 声がガラガラしていることが多かった
- 熱が良く出るようになった

1 つでもチェックあり

- ▶ 歯科受診を勧めてください
- すでに歯科受診中または定期管理中
- 希望あり
- 希望なし ↓ 理由
 - 現状で支障がない
 - 怖い、痛そう
 - 面倒だ
 - 費用の問題
 - その他

- チェックなし
▶ 定期的な歯科健診の受診を勧めてください

訪問歯科診療のお申込みはこちらまで

長崎県地域歯科医療連携室

Tel : 095-845-0553、Fax : 095-846-0175

↓ インターネットによるお申込みも可能です ↓

◆ 長崎県デンタルネット ◆ <http://www.nda.or.jp/dentalnet>

詳細については、電話にてお尋ねいたします。

また、本チェックシートのダウンロードもできます。

