
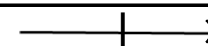


氏名	性別 男 女	生年月日(T・S・H) 年 月 日 (才)
住所・施設名		☎
患者及び家族の希望		
主介護者		担当介護支援専門員
<b>&lt;全身状況&gt;</b>		
チェック項目	評価	備考
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 高次機能障害 その他( )	
肺炎既往歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある( )	
感染症	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> ATLA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> TP その他( )	
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 薬( ) <input type="checkbox"/> 食品( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
服薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 錠 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 水	
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	
麻痺	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 左側(上・下) <input type="checkbox"/> 右側(上・下)	
視力障害	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(右 左) <input type="checkbox"/> 判断できない	
聴力障害	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(右 左) <input type="checkbox"/> 判断できない	
呼びかけ反応	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
会話	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能(意思疎通: )	
座位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 補助あり <input type="checkbox"/> 不可能	
歩行	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 補助あり <input type="checkbox"/> 不可能	
体重の減少	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	

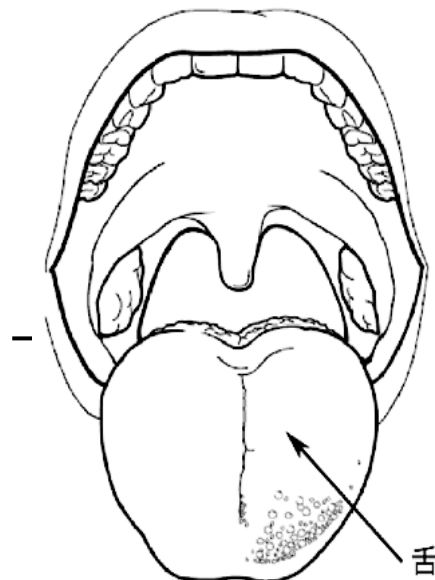
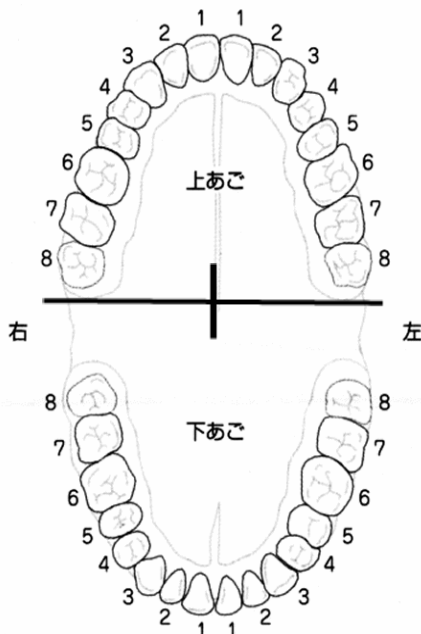
**<食事>**

チェック項目	評価	備考
栄養摂取	1 <input type="checkbox"/> 経口      2 <input type="checkbox"/> 経鼻      3 <input type="checkbox"/> 胃瘻      4 <input type="checkbox"/> 静脈	
水分摂取	1 <input type="checkbox"/> トロミなし      2 <input type="checkbox"/> トロミあり(弱 ————強)	
食事形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ゼリー食	
食事時間	1 <input type="checkbox"/> 30分以内      2 <input type="checkbox"/> 30分以上	
食事介助	1 <input type="checkbox"/> 自立      2 <input type="checkbox"/> 見守り      3 <input type="checkbox"/> 一部介助      4 <input type="checkbox"/> 全介助	

<口腔内状況・衛生>

チェック項目	評価	備考
食渣の残留	1 <input type="checkbox"/> ない 2 <input type="checkbox"/> 少量( ) 3 <input type="checkbox"/> 多量( )	
歯牙のプラーク付着	1 <input type="checkbox"/> ほとんどない 2 <input type="checkbox"/> 歯頸部 3 <input type="checkbox"/> 歯間部 4 <input type="checkbox"/> 舌側・口蓋側 5 <input type="checkbox"/> 唇側・咬合面	
歯石	1 <input type="checkbox"/> ない 2 <input type="checkbox"/> ある (部位  )	
剥離上皮等(痰)の付着	1 <input type="checkbox"/> ない 2 <input type="checkbox"/> ある (口蓋 舌 歯面 粘膜)	
舌苔	1 <input type="checkbox"/> ほとんどない 2 <input type="checkbox"/> 薄い 3 <input type="checkbox"/> 厚い	
口腔乾燥	1 <input type="checkbox"/> ない 2 <input type="checkbox"/> ケア前ある 3 <input type="checkbox"/> ケアしてもある	
口臭	1 <input type="checkbox"/> ない 2 <input type="checkbox"/> 弱い 3 <input type="checkbox"/> 強い	
歯肉	1 <input type="checkbox"/> 良好 2 <input type="checkbox"/> 発赤 3 <input type="checkbox"/> 出血 4 <input type="checkbox"/> 腫脹 5 <input type="checkbox"/> 排膿	
粘膜	1 <input type="checkbox"/> 良好 2 <input type="checkbox"/> 口内炎 3 <input type="checkbox"/> 褥瘡性潰瘍 4 <input type="checkbox"/> 口角炎 5 <input type="checkbox"/> カンジダ	
むし歯	1 <input type="checkbox"/> ない 2 <input type="checkbox"/> ある 3 <input type="checkbox"/> 充填物脱離	
歯牙の動揺	1 <input type="checkbox"/> ない 2 <input type="checkbox"/> ある (部位  )	
咬合	1 <input type="checkbox"/> 両側ある 2 <input type="checkbox"/> ない( 右 左 ) 3 <input type="checkbox"/> 両側ない (咬合異常 <input type="checkbox"/> 反対 <input type="checkbox"/> 交叉 <input type="checkbox"/> すれ違い <input type="checkbox"/> 開口 <input type="checkbox"/> 前突)	
義歯	1 <input type="checkbox"/> ない 2 <input type="checkbox"/> 部分床義歯 (上 下) 3 <input type="checkbox"/> 総義歯 (上 下) 4 <input type="checkbox"/> 入れていない (理由 )	
義歯の適合	1 <input type="checkbox"/> 良好 2 <input type="checkbox"/> 不良 (緩い 破損 )	
義歯の清掃	1 <input type="checkbox"/> 良好 2 <input type="checkbox"/> 不良 (残渣 歯垢 着色 ヌメリ 歯石)	

歯式



<口腔内状況・機能>

チェック項目	評価	備考
口腔麻痺	1 <input type="checkbox"/> ない                      2 <input type="checkbox"/> ある	
口唇	1 <input type="checkbox"/> 閉鎖不全    2 <input type="checkbox"/> 緊張            3 <input type="checkbox"/> 口角下垂    4 <input type="checkbox"/> 巻き込み	
舌	1 <input type="checkbox"/> 硬い            2 <input type="checkbox"/> 軟かい            3 <input type="checkbox"/> 沈下            4 <input type="checkbox"/> 突出 (可動域 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 口唇なめ <input type="checkbox"/> 拳上)	
開口保持	1 <input type="checkbox"/> 可能            2 <input type="checkbox"/> 困難            3 <input type="checkbox"/> 不可能	
流涎	1 <input type="checkbox"/> ない            2 <input type="checkbox"/> ある(右 中央 左)	
口蓋垂	1 <input type="checkbox"/> 見える          2 <input type="checkbox"/> 見えない	
呼吸	1 <input type="checkbox"/> 鼻呼吸          2 <input type="checkbox"/> 口呼吸            3 <input type="checkbox"/> 不可能(                      )	
喉頭挙上	1 <input type="checkbox"/> 可能            2 <input type="checkbox"/> 困難            3 <input type="checkbox"/> 不可能	
不随意運動	1 <input type="checkbox"/> ない            2 <input type="checkbox"/> ある ( <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 顎 その他                      )	
むせ・咳	(普段) 1 <input type="checkbox"/> ない            2 <input type="checkbox"/> 時々ある          3 <input type="checkbox"/> 常にある	
	(食事中) 1 <input type="checkbox"/> ない            2 <input type="checkbox"/> 時々ある          3 <input type="checkbox"/> 常にある	
	(食後) 1 <input type="checkbox"/> ない            2 <input type="checkbox"/> 時々ある          3 <input type="checkbox"/> 常にある	
	(何でむせるか) 1 <input type="checkbox"/> 水分            2 <input type="checkbox"/> パサつくもの      3 <input type="checkbox"/> 唾液	
	(喀痰、喀出) 1 <input type="checkbox"/> 可能            2 <input type="checkbox"/> 困難            3 <input type="checkbox"/> 不可能	
発声	1 <input type="checkbox"/> 明瞭            2 <input type="checkbox"/> 不明瞭            3 <input type="checkbox"/> 開鼻声            4 <input type="checkbox"/> 不可能	
顎関節	1 <input type="checkbox"/> 関節痛            2 <input type="checkbox"/> 関節雑音          3 <input type="checkbox"/> 開閉口障害	
頸部可動性	1 <input type="checkbox"/> 可能            2 <input type="checkbox"/> 困難(上・下・左・右)    3 <input type="checkbox"/> 不可能	
日常の口腔ケア	1 <input type="checkbox"/> 自立            2 <input type="checkbox"/> 一部介助          3 <input type="checkbox"/> 全介助            4 <input type="checkbox"/> していない	
義歯の着脱	1 <input type="checkbox"/> 自立            2 <input type="checkbox"/> 一部介助          3 <input type="checkbox"/> 介助	
うがい	1 <input type="checkbox"/> ぶくぶくできる            2 <input type="checkbox"/> 含むだけ          3 <input type="checkbox"/> できない ( <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 飲んでしまう <input type="checkbox"/> 口から出る )	

問題点
目標
対策