

資料 I 【口腔機能向上(口腔ケア)スクリーニング表】

ケアマネージャー
保健師・看護師さん
使用書式

ケアプラン原案作成・更新時に使用してください

1)データNo. _____ 2) 調査日 平成 年 月 日 3) 回目 _____

* 基本情報 (Ⅱへ転記)

住所: _____	Tel () _____
4) ^{フリガナ} 氏名 _____	(男・女) _____
5) 生年月日: 明・大・昭 _____ 年 月 日	6) _____ 歳
7) 事業所名: _____	Tel () _____
〈事業所番号〉 _____	Fax () _____
8) ケアマネ・保健師・看護師名: _____	
9) 主治の歯科医師名: _____	連絡先: Tel () _____

* ケアプランに口腔機能向上(口腔ケア)を導入する際の参考項目 (Ⅱへ転記)

* 基本チェックリスト(自覚項目に○印)	16) 半年前に比べて固いものが食べにくくなった
	17) お茶や汁物等でむせることあり
	18) 口の乾きが気になる
(3項目全て○印なら口腔ケア該当)	
以下の項目で ◆印が1つでもチェックされたら、口腔ケア該当と判断して下さい	
19) 口腔内の衛生状態(視診): 1 良好 2 ◆不良	20) 口臭: 1 なし 2 少しあり 3 ◆強い
21) 入れ歯の汚れ: 1 ない 2 少しあり 3 ◆ある	22) 食べこぼし: 1 なし 2 多少 3 ◆多量
23) 食事への意欲: 1 ある 2 あまりない 3 ◆ない	24) 反復唾液嚥下テスト: 1 3回以上 (RSST) 2 ◆3回未満

- 歯科治療の必要性ありなら(書式VIを参考に) ⇒ 治療を依頼して下さい(電話連絡で結構です)
- 主治の歯科医師からの情報提供の必要性ありなら ⇒ (資料F)にて情報提供を依頼して下さい