

資料 II

【口腔機能向上スクリーニング・アセスメント表】

1)データNo. _____ 2)検診日 平成 年 月 日 3) 回目(事前・事後)

◆基本情報		住所: _____	TEL () _____
4) 氏名 _____	(男・女)	5) 生年月日: 明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	6) _____ 歳
7) 通所事業所名: _____	〈事業所番号〉 _____	TEL () _____	Fax () _____
8) ケアプラン作成者名: _____	所属事業所名: _____	TEL () _____	
9) 主治の歯科医師名: _____	連絡先: TEL () _____	10) 主治の歯科衛生士名: _____	
11) 要介護度: (特定高齢者: 該当 非該当) 支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5			
12) 日常生活自立度: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		13) 認知症: I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
14) 全身疾患: 1なし. 2あり : a脳血管障害(麻痺:右・左・両) b高血圧. cリウマチ. d糖尿病 その他(_____ ・服薬情報 _____)			
15) 特記事項 _____			

▶ 施設担当者(関連職種)名[_____]

◆スクリーニング: 予防給付・介護給付用				
* 基本チェックリスト(自覚項目に○印)		16) 咀嚼	17) むせ	18) 口腔乾燥
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(RSST): 1 3回以上 2 3回未満			

▶ サービス担当者名[_____] 職種[Dh ・ Ns ・ ST]

◆サービス担当者による評価 : 予防給付・介護給付用			
* 口腔清掃自立度(BDR) (表I参考)		28) 食物残渣: 1なし・少量 2中程度 3多量	
25) 歯みがき: 1自立 2一部介助 3全介助		29) 舌苔(BOHI) 1なし 2あり	
26) 義歯着脱: 1自立 2一部介助 3全介助		30) 口腔・義歯の清掃状況: 1良好 2やや不良 3不良	
27) うがい: 1自立 2一部介助 3全介助		31) ここ1ヶ月の発熱の有無: ()回/月	
32) オーラルディアドコキネシス(パ・タ・カをそれぞれ10秒間に言える回数を測定し、1秒間あたりに換算) : パ()回/秒 タ()回/秒 カ()回/秒			
33) 頬の膨らまし: 1左右十分可能 2やや十分 3不十分	34) 舌運動: 1可能 2不完全 3不可能		
35) 発声機能: 1明瞭 2一部不明瞭 3聞き取り難	36) 咀嚼レベル _____ 点 (表II参考)		
37) 食物形態: 1常食 2軟食 3きざみ 4ペースト(流動) 5経管 6その他()			
38) 歯科診療の状況: 1治療中(メインテナンス・定期健診含む) 2完了 3未処置			
39) 今回のサービスの満足度: 1満足 2やや満足 3どちらでもない 4やや不満 5不満			

◆歯科医師記載欄		
介護給付追加項目 【口腔内の状態と歯式】		
40) 残存歯数 _____ 本		
41) 義歯の状態: 1なし 2良好	右	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
3破損 4不適合		8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8
5咬合に問題 6使用せず		
42) OGI _____ 点(0~54) (表III参考)		
(歯垢・歯石・歯肉炎・義歯の汚れなどの総合評価)		

【升目の内側は歯式、外側は歯牙・歯肉の状態、付加情報・動揺度などを記載して下さい。】