**歯科シート【医療職・介護職用】**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　 　年　　月　　日

**氏名　　　　　　　　　男　・女**記入者　　　　　　　（職種：　　　）

**１.食事時の様子**

（１）姿勢　　　　　　　座位　 　リクライニング（　　　度位）

（２）食事介助　　　　 自立　 　一部介助　  全介助

（３）食事の時の義歯の使用　　　　　 　　なし　　　　　あり

（４）食欲と食事に対する意欲があるか。 　なし　　　　　あり

（５）ロへのつめこみ　　　　　　　　　 　なし　　　　　あり

（６）むせ　　　　　　　　　　　　　　 　なし　　　　　あり

（７）飲み込み　 普通　　　飲み込むまで時間がかかる

　飲み込んだ後　口の中に残っている

（８）食べこぼし　　　　　なし　　　 　あり

**２．口腔ケア・口腔の問題**

（１）口腔ケア　　　　 自立　 一部介助　 全介助（介助者：　　　）

（２）ブクブクうがい　できる　できない

（３）口の中の痛み　　なし　　あり　　わからない

（４）むし歯　　　　　なし　　あり　わからない

（５）動揺している歯　　なし　　あり　　わからない

（６）歯磨きすると出血する　　なし　　あり　　わからない

（７）口臭　　　　　　なし　　あり　　わからない

（８）義歯着脱　　　　 自立　 一部介助　 全介助

（９）義歯清掃　　　　 自立　 一部介助　 全介助

（１０）口腔乾燥　　　　なし　　あり　　わからない

**３．その他相談事項**

訪問歯科診療、摂食嚥下リハビリテーションに関するご相談

千葉県在宅歯科医療連携室：043-241-8020　（月～金　10:00~16:00）