**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）