

多職種が行う 口腔アセスメントシート

当てはまる項目に☑をいれてください

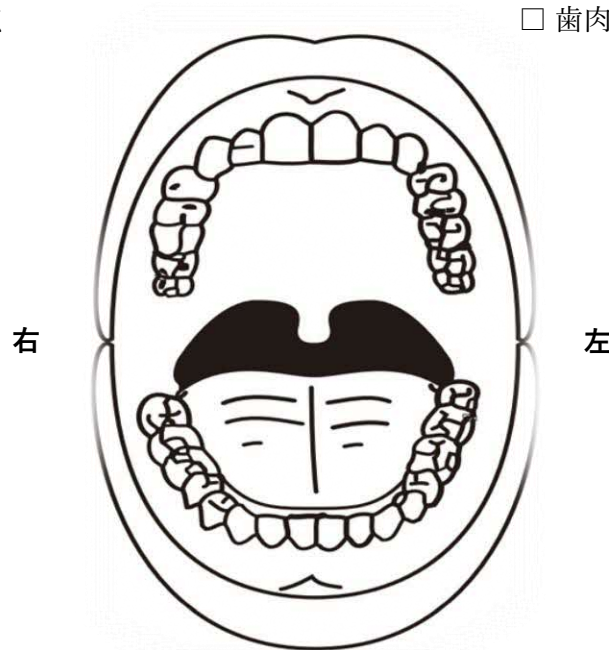
対象者情報	調査日： 年 月 日
フリガナ	
氏名	様
生年月日	年 月 日 (歳)

① 歯

- ☐ 歯が痛い、しみる
- ☐ 歯に穴があいている
- ☐ 歯がぐらぐら動く

② 歯肉

- ☐ 歯肉から出血している
- ☐ 歯肉が腫れている
- ☐ 歯肉が痛い



③ 義歯 (有・無)

- ☐ 義歯はあるが使っていない
- ☐ 義歯を入れると痛い
- ☐ 義歯が外れやすい
- ☐ 上下の歯がかみ合わないが、
義歯を使っていない

④ 口腔ケア

- ☐ 舌苔が付着している
- ☐ 多量の歯垢が付着している
- ☐ 口唇のひび割れや口の中が
乾燥している
- ☐ 口臭が気になる

⑤ □ その他

お口のことで気になることがあれば下記に記入してください

--

1つでも☑がついた場合は、まずはかかりつけ歯科にご相談ください。

かかりつけ歯科のない場合は下記にご相談ください

豊中市在宅歯科ケアステーション

Tel 06-6848-1681