

東浦町版口腔観察シート

事業所名
担当者名

実施日 年 月 日

利用者名

該当する項目へ☑をつけてください

観察項目	観察の視点	観察の結果			対応方法
		ない	ある	気づいたこと	
A	口臭がある	吐く息が臭う 話をするとときに臭いがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・むし歯や歯周病の 治療 ・口腔ケア
B	食事時間がかかる	食事を食べ終える時間	30分 以内 <input type="checkbox"/>	30分 以上 <input type="checkbox"/>	・むし歯や歯周病の 治療 ・口腔ケア ・口腔機能トレーニ ング（別紙1）
C	口腔乾燥がある	くちびるが乾いている 舌がひからびている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・唾液腺マッサージ
D	言葉が不明瞭	言葉をはっきりと聞き取れない ろれつが回らない 声が小さい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・口腔機能トレ ーニング (舌・口唇・嚥下・ 筋力が低下している 可能性)
E	よだれがよく出る	常に服の胸あたりが濡れている 何も飲食していない時にむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	必要時に医科・歯科 受診勧奨)
F	むせることがある	水分を飲むとむせる 食べ物でむせる 何とは言えないが食事中にむせる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G	口の中が痛い	歯が痛いと訴える 歯ぐきが痛いと訴える 舌が痛いと訴える 喉が痛いと訴える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯科相談票を使用し 歯科へ相談、または早急 に受診
H	自分の歯がある	聞き取りをお願いします。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
I	義歯を使っている		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

宛先	歯科医院名または歯科医師名
症状	該当箇所○をつけてください。 痛み（歯・歯ぐき・頬・口唇・顎・舌） 腫れ（歯ぐき・頬・口唇・舌） 義歯の不調・義歯の破損・歯のかぶせものがとれた その他の症状
写真・画像貼り付け箇所	（写真を添付してください）
回答欄	<p>回答日 令和 年 月 日 ()</p> <p>回答者 歯科医師 ・ 歯科衛生士</p> <p>要歯科受診（すぐに・次の予約でよい） ・ 経過観察 ・ 問題なし 口腔清掃で治癒可能 その他</p>