




おいしく安全に食べるためのお口のチェック (ケア提供者用)

記入日 _____ 年 月 日
氏名 _____

項目	チェック項目	どちらかに☑		アドバイス
歯	ぐらぐらする歯がある 歯が痛い・しみる 入れ歯が合わない 歯がない（入れ歯もない）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	 歯科治療が必要です。 受診が難しい時は、訪問歯科診療もあります。 かかりつけ歯科医又は歯科医師会訪問歯科診療申込窓口にご相談ください。
歯肉 粘膜	歯肉の腫れや出血 口の中や唇の乾燥、発赤、潰瘍がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	 専門的口腔ケアが必要です。 かかりつけ歯科医へご相談ください。 また、口腔機能向上のため、お口の体操の実施や丁寧な歯みがきを心がけましょう。 潰瘍は、必要に応じ受診をお勧めします。
舌	舌に発赤、亀裂、潰瘍、 ^{ぜったい} 舌苔、痛み	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
口腔 清掃	歯や口の汚れ（食べかす、歯石、歯垢） 口臭がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
嚥下	食事中や食後にむせや咳がある 食べ物や薬が飲み込みにくい 食後にがらがら声になる （以前と比べ）食事に時間がかかる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	 食事や口腔ケアなど配慮が必要です。 頻繁にある、改善が認められない、本人・家族で対応が困難な場合は、かかりつけ歯科医又は嚥下機能対応機関へご相談ください。 発熱や体重減少がある場合は、肺炎が疑われます。医療機関への受診が必要です。

○このチェック表は、ケア提供者の方が、利用者又はその家族から聞き取り、又は、観察してご記入ください。

○各項目1つでも当てはまるものがあれば、「はい」に☑してください。

○問題のある項目について、連携やその問題への対応をお願いします。詳しくは、『「おいしく安全に食べるためのお口のチェック」の使い方』を参考にしてください。