


自立支援型口腔アセスメントシート

アセスメント実施日: 年 月 日

利用者名: _____

記入者名: _____

口腔内評価	
自歯の有無	有 ・ 無
義歯の状況	総義歯(上・下) ・ 部分義歯(上・下) ・ 義歯なし(要・不要)
歯の状態	痛みがある ・ 歯がぐらぐらする ・ 汚れあり ・ 腫れている
該当する部分に○をつけてください	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> 右  左 </div>
歯みがき	朝起きた時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 寝る前 ・ しない
義歯の掃除	朝起きた時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 寝る前 ・ しない
定期的な歯科受診	有(受診頻度: _____) ・ 無
その他	しゃべりにくい ・ 味がわかりにくい ・ 口臭が気になる ・ 食べ物が口の中に残る ・ 舌がピリピリする感じがある
	【自由記載】

|

|