

口腔スクリーニング表

確認日： 令和 年 月 日

お名前： _____

記入者： _____

		レベル ←弱(無) (有)強→	備 考
01	口の症状	有 ・ 無	
02	違和感がある／噛むと少し痛む	0 ・ 1 ・ 2	
03	しみる感じがある	0 ・ 1 ・ 2	
04	噛むと痛む／何かが当たると痛む	0 ・ 1 ・ 2	
05	何もしなくても痛む／噛まなくても痛む	0 ・ 1 ・ 2	
06	歯肉が腫れている／赤くなっている	0 ・ 1 ・ 2	
07	歯ブラシがあたると血がにじむ	0 ・ 1 ・ 2	
08	自然に出血する	0 ・ 1 ・ 2	
09	歯がグラグラする	0 ・ 1 ・ 2	
10	頬／あごが腫れている	0 ・ 1 ・ 2	
11	(わかる範囲で)歯がない部分	有 ・ 無	
12	義歯	有 ・ 無	
13	義歯の形	部分 ・ 総義歯	
14	義歯の使用（装着）	有 ・ 食事時 ・ 無	
15	良好に使えている／噛めている	可 ・ 否	
16	少しゆるい／合わない	0 ・ 1 ・ 2	
17	入れると痛くて噛めない	0 ・ 1 ・ 2	
18	痛くて食事ができない	0 ・ 1 ・ 2	
19	口腔ケア	自立 ・ 見守り ・ 介助	
20	目立った汚れ／食べかす	0 ・ 1 ・ 2	
21	舌苔／舌の汚れ	0 ・ 1 ・ 2	
22	口の不快感／ネバつき（の訴え）	0 ・ 1 ・ 2	
23	口臭	0 ・ 1 ・ 2	
24	口の乾燥	0 ・ 1 ・ 2	
25	食事	経口 ・ 経管 ・ 点滴	
26	食形態	普通 ・ 要配慮	
27	食事介助	自立 ・ 見守り ・ 介助	
28	むせり／咳きこみ	0 ・ 1 ・ 2	
29	召し上がる場所	イス ・ ベッド	
30	歯科医師等への伝達事項		