

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	口の状態	口のケア	自立・見守り・介助
02		開口 ※開口量3cm以下は「できない」	できる・できない
03		ぶくぶくうがい	できる・できない
04		歯の汚れ	0・1・2
05		舌苔／舌の汚れ	0・1・2
06		口臭	0・1・2
07		口の乾燥	0・1・2
08	口の症状	しみる感じがある	0・1・2
09		かむと痛む／何かが当たると痛む	0・1・2
10		何もしなくても痛む／かまなくても痛む	0・1・2
11		歯肉が腫れている／赤くなっている	0・1・2
12		歯ブラシに血がにじむ／歯肉から出血がある	0・1・2
13		歯がグラグラ動く	0・1・2
14	かみ合わせ	左右の奥歯でかむこと	できる・できない
15	・入れ歯	入れ歯の使用（装着）	有・食事時・無
16		入れ歯の形	部分・総義歯
17		ゆるい／合わない	0・1・2
18		入れると痛い	0・1・2
19	食事等	平時や食事時のむせり／咳きこみ／痰がらみ	0・1・2
20		食物のため込み／残留	0・1・2
21		栄養の摂り方	経口・経管・点滴
22		食形態	普通・要配慮
23		食事介助	自立・見守り・介助
24		召し上がる場所	イス・ベッド
25	歯科医師等への伝達事項		