

④在宅療養者の 口腔ケアマニュアル

(公益社団法人日本歯科衛生士会監修)より抜粋資料

口腔機能アセスメント票

記入年月日		平成	年	月	日	記入者																																		
ふりがな 氏名		(男・女)		明治・大正・昭和		年	月	日生	歳																															
口の中の状況や訴え、本人・家族の希望 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div>																																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">右</td> </tr> </table>				8	7	6	5	4	3	2	1	右								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="text-align: center;">左</td> </tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	左							
	8	7	6	5	4	3	2	1																																
右																																								
1	2	3	4	5	6	7	8																																	
左																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> </table>				8	7	6	5	4	3	2	1	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8																	
8	7	6	5	4	3	2	1																																	
1	2	3	4	5	6	7	8																																	
口腔機能	□唇閉鎖	□可 □困難() □不可																																						
	咀嚼	□可 □困難() □不可																																						
	食事中的むせ	□なし □あり()																																						
	嚥下	□可 □困難() □不可																																						
	うがい	□可 □困難() □不可																																						
食事	栄養摂取法	□経口(食形態:普通・軟食・その他) □経管 □IVH																																						
	水分摂取法	□トロミなし □トロミあり																																						
義歯	義歯の状況	上(有・無) □FD □PD 下(有・無) □FD □PD																																						
	義歯の着脱	□自立 □一部介助() □全介助																																						
	義歯の使用	□常時 □ときどき() □不使用																																						
咬合	義歯なし	□なし □左右のどちらかあり □両側あり																																						
	義歯あり	□なし □左右のどちらかあり □両側あり																																						
疾患	う蝕	□なし □あり 本(痛み なし・あり)																																						
	歯周疾患	□軽度・発赤 □中等度・微量出血 □重度																																						
	粘膜異常	□なし □あり()																																						
□口腔乾燥		□なし □あり()																																						
口腔清掃状況	食物残渣	□なし □あり()																																						
	歯垢	□なし □あり()																																						
	粘膜の汚れ	□なし □あり()																																						
	舌苔	□なし □あり(色:白 黄 黒)																																						
	□臭	□なし □あり																																						
	日常の口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助(家族・ヘルパー・看護師・その他) 朝・昼・夕・就寝前 回/日・週																																						
特記事項																																								

口腔ケアプラン票

作成日 年 月 日

ふりがな 名前		男・女		歯科診療所	
生年月日 M・T・S・H		年 月 日 歳		歯科医師	
基礎疾患・服薬・病態等		ADL・食事状態		口腔の状態	
		要介護度		咬合	
		移動		義歯	
		食事姿勢		むし歯	
		栄養摂取		歯周疾患	
		水分摂取		粘膜異常	
長期目標				口腔機能の状況	
				☐唇閉鎖	
				咀嚼	
				むせ	
				嚥下	
				うがい	
				コミュニケーション法	

課題	短期目標	ケア内容	期待される効果

特記事項

ご本人・ご家族の同意署名

歯科診療所 住所

電話番号

訪問口腔ケア業務記録(A)

訪問先				患者名		男・女		年齢()歳	
<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他				使用器具 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> タフトブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ					
実施日: 月 日() 時 分~ 時 分 歯科衛生士名				実施日: 月 日() 時 分~ 時 分 歯科衛生士名					
実施体位 自立座位・よりかかり座位・ファーラ位・セミファーラ位・側臥位・仰臥位				実施体位 自立座位・よりかかり座位・ファーラ位・セミファーラ位・側臥位・仰臥位					
食物残渣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				食物残渣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
歯 垢 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				歯 垢 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
粘膜の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				粘膜の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
義歯の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				義歯の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
舌 苔 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				舌 苔 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
口 臭 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				口 臭 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
口腔乾燥 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				口腔乾燥 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉マッサージ <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 洗口指導				<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉マッサージ <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 洗口指導					
<input type="checkbox"/> 顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操(舌・口・頬) <input type="checkbox"/> 深呼吸・咳訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声・歌 <input type="checkbox"/> 吹き戻し・ブローイング				<input type="checkbox"/> 顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操(舌・口・頬) <input type="checkbox"/> 深呼吸・咳訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声・歌 <input type="checkbox"/> 吹き戻し・ブローイング					
備考 指導の要点・歯科医師からの指示等				備考 指導の要点・歯科医師からの指示等					
実施日: 月 日() 時 分~ 時 分 歯科衛生士名				実施日: 月 日() 時 分~ 時 分 歯科衛生士名					
実施体位 自立座位・よりかかり座位・ファーラ位・セミファーラ位・側臥位・仰臥位				実施体位 自立座位・よりかかり座位・ファーラ位・セミファーラ位・側臥位・仰臥位					
食物残渣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				食物残渣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
歯 垢 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				歯 垢 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
粘膜の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				粘膜の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
義歯の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				義歯の汚れ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
舌 苔 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				舌 苔 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
口 臭 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				口 臭 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
口腔乾燥 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				口腔乾燥 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉マッサージ <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 洗口指導				<input type="checkbox"/> 口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施 <input type="checkbox"/> 舌・粘膜の清掃 <input type="checkbox"/> 歯肉マッサージ <input type="checkbox"/> 義歯の清掃 <input type="checkbox"/> 洗口指導					
<input type="checkbox"/> 顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操(舌・口・頬) <input type="checkbox"/> 深呼吸・咳訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声・歌 <input type="checkbox"/> 吹き戻し・ブローイング				<input type="checkbox"/> 顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操(舌・口・頬) <input type="checkbox"/> 深呼吸・咳訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声・歌 <input type="checkbox"/> 吹き戻し・ブローイング					
備考 指導の要点・歯科医師からの指示等				備考 指導の要点・歯科医師からの指示等					

訪問口腔ケア業務記録(B)

歯科衛生士名：

患者名	男・女	歳	訪問先 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 施設 ()
使用物品 <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> タフトブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> スポンジブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他			

口腔ケア実施日： H 年 月 日 時間： ～：

アセスメント		実施内容： <input type="checkbox"/> 粘膜清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> その他
口腔乾燥	なし 唾液粘性 唾液泡状 乾燥	
食物残渣	なし 1・2か所 3・4か所 多量	
歯垢	わずか 1/3以下 2/3以下 多量 ()	
義歯	不要 必要(使用 未使用 その他)	
歯の問題	なし あり()	
粘膜異常	なし あり()	

口腔ケア実施日： H 年 月 日 時間： ～：

アセスメント		実施内容： <input type="checkbox"/> 粘膜清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> その他
口腔乾燥	なし 唾液粘性 唾液泡状 乾燥	
食物残渣	なし 1・2か所 3・4か所 多量	
歯垢	わずか 1/3以下 2/3以下 多量 ()	
義歯	不要 必要(使用 未使用 その他)	
歯の問題	なし あり()	
粘膜異常	なし あり()	

口腔ケア実施日： H 年 月 日 時間： ～：

アセスメント		実施内容： <input type="checkbox"/> 粘膜清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> その他
口腔乾燥	なし 唾液粘性 唾液泡状 乾燥	
食物残渣	なし 1・2か所 3・4か所 多量	
歯垢	わずか 1/3以下 2/3以下 多量 ()	
義歯	不要 必要(使用 未使用 その他)	
歯の問題	なし あり()	
粘膜異常	なし あり()	

口腔ケア実施日： H 年 月 日 時間： ～：

アセスメント		実施内容： <input type="checkbox"/> 粘膜清拭 <input type="checkbox"/> うがい <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> その他
口腔乾燥	なし 唾液粘性 唾液泡状 乾燥	
食物残渣	なし 1・2か所 3・4か所 多量	
歯垢	わずか 1/3以下 2/3以下 多量 ()	
義歯	不要 必要(使用 未使用 その他)	
歯の問題	なし あり()	
粘膜異常	なし あり()	

平成 年 月 日

居宅療養管理指導についての情報提供書(歯科口腔)

事業者名

ケアマネジャー 様

患者氏名	様 (男・女) M・T・S 年 月 日生 歳
住所	電話
本人・家族の希望	
口腔内の状況及び経過等	
口腔ケアについて	
介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等	
日常生活の留意事項	

歯科医療機関
住所

TEL

歯科医師名

FAX