

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																																
口中の状況や訴え、本人・家族の希望																																									
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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="4">右</td><td colspan="4">左</td></tr> </table>				8	7	6	5	4	3	2	1	右				左				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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="4">右</td><td colspan="4">左</td></tr> </table>				1	2	3	4	5	6	7	8	右				左			
		8	7	6	5	4	3	2	1																																
右				左																																					
1	2	3	4	5	6	7	8																																		
右				左																																					
口 腔 機 能		□唇閉鎖	□可		□困難()		□不可																																		
		咀嚼	□可		□困難()		□不可																																		
		食事中のむせ	□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	
				□唇閉鎖	
				咀嚼	
				むせ	
				嚥下	
				うがい	
長期目標				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)

患者名				男 ・ 女	年齢 () 歳
訪問先	□居宅 □施設 ()			使用器具	□歯ブラシ □タフトブラシ □フロス □スポンジブラシ □歯間ブラシ
保 険	□医療保険 □介護保険 □その他				
実施日:	月 日 ()	歯科衛生士名		実施日:	月 日 ()
	時 分 ~ 時 分				時 分 ~ 時 分
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	□なし □あり ()			食物残渣	□なし □あり ()
歯 垢	□なし □あり ()			歯 垢	□なし □あり ()
粘膜の汚れ	□なし □あり ()			粘膜の汚れ	□なし □あり ()
義歯の汚れ	□なし □あり ()			義歯の汚れ	□なし □あり ()
舌 苔	□なし □あり ()			舌 苔	□なし □あり ()
口 臭	□なし □あり ()			口 臭	□なし □あり ()
口腔乾燥	□なし □あり ()			口腔乾燥	□なし □あり ()
□口腔清掃	□□口腔清掃の指導 □□口腔清掃の実施 □舌・粘膜の清掃 □歯肉マッサージ □義歯の清掃 □洗口指導			□口腔清掃	□□口腔清掃の指導 □□口腔清掃の実施 □舌・粘膜の清掃 □歯肉マッサージ □義歯の清掃 □洗口指導
機能訓練	□顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 □□腔体操・嚥下体操 (舌・口・頬) □深呼吸・咳訓練 □発音・発声・歌 □吹き戻し・ブローイング			機能訓練	□顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 □□腔体操・嚥下体操 (舌・口・頬) □深呼吸・咳訓練 □発音・発声・歌 □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 ()	歯科衛生士名		実施日:	月 日 ()
	時 分 ~ 時 分				時 分 ~ 時 分
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	□なし □あり ()			食物残渣	□なし □あり ()
歯 垢	□なし □あり ()			歯 垢	□なし □あり ()
粘膜の汚れ	□なし □あり ()			粘膜の汚れ	□なし □あり ()
義歯の汚れ	□なし □あり ()			義歯の汚れ	□なし □あり ()
舌 苔	□なし □あり ()			舌 苔	□なし □あり ()
口 臭	□なし □あり ()			口 臭	□なし □あり ()
口腔乾燥	□なし □あり ()			口腔乾燥	□なし □あり ()
□口腔清掃	□□口腔清掃の指導 □□口腔清掃の実施 □舌・粘膜の清掃 □歯肉マッサージ □義歯の清掃 □洗口指導			□口腔清掃	□□口腔清掃の指導 □□口腔清掃の実施 □舌・粘膜の清掃 □歯肉マッサージ □義歯の清掃 □洗口指導
機能訓練	□顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 □□腔体操・嚥下体操 (舌・口・頬) □深呼吸・咳訓練 □発音・発声・歌 □吹き戻し・ブローイング			機能訓練	□顔・首・唾液腺マッサージ指導・実施 □□腔体操・嚥下体操 (舌・口・頬) □深呼吸・咳訓練 □発音・発声・歌 □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