

調査票 2 (口腔機能評価票)

1 歯数

現在歯数①	抜歯適応の歯数②	欠損補綴歯数③	機能歯数①-②+③
動揺歯・残根を含むすべての歯	動揺が著しい歯や根面の処置がされていない残根等、保存が困難で機能していない歯の数	ポンティックの歯数: 1-3-1 _____ 本 義歯の人工歯の歯数: 1-3-2 _____ 本 インプラントの歯数: 1-3-3 _____ 本	現在歯のうち保存が困難な歯・機能していない歯を除いて欠損補綴歯を加えた歯数
1-1 本	1-2 本	1-3 本	1-4 本

2 咬合状態

アイヒナー (Eichner) ・インデックス

上下顎の左右の大・小白歯部の4つの咬合支持域の残存状態についての分類

いずれか該当する咬合状態にチェックをいれて下さい。

A群 (4つの咬合支持域がある)

- A1 (上下顎に欠損なし)
- A2 (上下顎どちらかに欠損あり)
- A3 (上下顎ともに欠損あり)

B群 (4つの咬合支持域のうち部分的にあるいは全部の支持域が失われているが対咬接触あり)

- B1 (支持域が3つ)
- B2 (支持域が2つ)
- B3 (支持域が1つ)
- B4 (支持域がないが前歯部の対咬接触あり)

C群 (対咬接触がないもの)

- C1 (上下顎に残存歯はあるが対咬接触がないもの: すれ違い咬合)
- C2 (片顎無歯顎)
- C3 (上下無歯顎)

3 痛みの有無と原因

3-1 歯牙疾患、歯周疾患、義歯不適合、口腔粘膜疾患により、咀嚼あるいは嚥下に支障がある程度の痛みがありますか。 はい→3-2へ いいえ

3-2 痛みの原因: 1 歯牙疾患 2 歯周疾患 3 義歯不適合 4 口腔粘膜疾患 5 その他 _____

4 客観的咀嚼能力 (グミゼリー15秒値)

「このお菓子を15秒間で出来るだけ小さくなるように頑張って噛み砕いて下さい。合図をしたら噛み始めて終わりといったらコップに全部吐き出して下さい。数えますから飲み込まないようにして下さい。」という。

3mm以上の破片をカウント。ちぎれそうなのは一回振って判断して下さい。

_____ 個