

口腔機能精密検査 記録用紙

患者氏名 ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)	(男・女)
--------------	--	------	------------	-------

計測日 年 月 日

下位症状	検査項目	該当基準	検査値	該当
① 口腔衛生状態不良	舌苔の付着程度	50%以上	%	<input type="checkbox"/>
② 口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27 未満		<input type="checkbox"/>
	唾液量	2g/2 分以下		
③ 咬合力低下	咬合力検査	200N 未満 (プレスケール) 500N 未満 (プレスケールII・フィルタなし) 350N 未満 (プレスケールII・フィルタあり)	N	<input type="checkbox"/>
	残存歯数	20 本未満	本	
④ 舌口唇運動機能低下	オーラルディアドコキネシス	どれか1つでも、 6 回/秒未満	/pa/ 回/秒 /ta/ 回/秒 /ka/ 回/秒	<input type="checkbox"/>
⑤ 低舌圧	舌圧検査	30kPa 未満	kPa	<input type="checkbox"/>
⑥ 咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL 未満	mg/dL	<input type="checkbox"/>
	咀嚼能率スコア法	スコア 0、1、2		
⑦ 嚥下機能低下	嚥下スクリーニング検査 (EAT-10)	3 点以上	点	<input type="checkbox"/>
	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	A が 1 項目以上		

該当項目が 3 項目以上で「口腔機能低下症」と診断する。 該当項目数： _____