

# 口腔内チェックシート

記入者（職種 \_\_\_\_\_） 対象者（氏名 \_\_\_\_\_） 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 【観察】

滑舌	気にならない	気になる
口臭	気にならない	気になる

## 【聞き取り】

この1年のうちに歯科医院を受診していますか？	受診した	受診していない	
毎日、歯（入れ歯）をみがきますか？	みがく	みがかない	
入れ歯を使用していますか？	使用していない	使用している	持っているが使っていない

次の食べ物のうち、どこまで食べられますか？

- 食べられるものに○
- 食べられない（噛めない）ものに×

数字（1～6）の大きい食品が食べられると「噛める機能」が高いこととなります

					
1	2	3	4	5	6
					

※山本式咬度表改 改変

## 【口腔内チェック】

（対象者に「あー」「いー」としてもらう）

歯の状態	欠けている歯、抜けている歯、折れている歯がない	欠けている歯、抜けている歯、折れている歯がある
清掃状態	歯の表面がツルツルしている	歯の表面がザラザラしている 食べかすなどを認める

（対象者に「べー」としてもらう）

舌苔（舌の汚れ）	ほとんどない 	ついている 
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

※太枠内にひとつでもチェックが付き場合は歯科受診へ繋げてください

※口を開けてくれない方には、「お口の体操をしませんか」と伝え、あいうべ体操をもちかけ、口腔内を可能な範囲で観察してください