

(様式4) 患者情報(訪問歯科医師記載用)

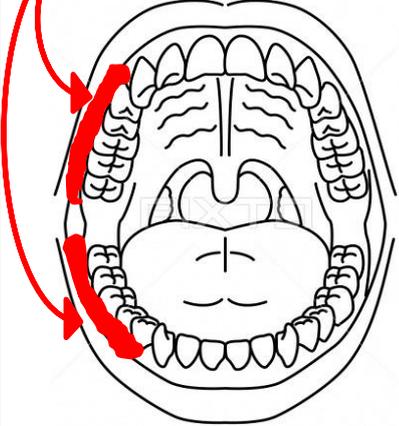
記入例

作成日: ○○年○○月○○日(○)

患者氏名 ○○ ○○

訪問歯科医師

氏名	○○ ○○	医療機関名	○○医院
----	-------	-------	------

口の中の状態	清掃状態	良好 不良 著しく不良	
	口腔乾燥	あり 少しあり なし	
	むし歯	なし あり	
	歯周病	なし あり(歯肉炎・歯周炎)	
	入れ歯(義歯)	なし あり(部分義歯・全部義歯)	
	奥歯上下のかみ合わせ	あり (片側・両側) なし	
	歯みがき	自立 一部介助 全介助	
	入れ歯の清掃	自立 一部介助 全介助	
	舌苔(舌の表面の汚れ)	なし 少しあり あり	
	口臭	なし 少しあり あり	

食事状態	食事への意欲	ある 少しある あまりない ない
	食事摂取	自立 一部介助 全介助
	食事の時の覚醒度	覚醒している いくらか傾眠傾向 常に傾眠
	口から食べられるか	食べられる 食べられない
	食べられるもの	常食 柔らかいもの きざみ・ペースト 液状
	食事時間	普通 長い 少し長い 早い
	飲食中のむせ	なし ときどきある いつもあり
	吐き出す力	普通 少し弱い できない

口腔機能評価 (フレイルリスク)	反復唾液嚥下テスト	(3) 回 / 30秒	
	パ	オーラルディアドコキネシス各音を繰り返して発音し、5秒間に5~6回出来れば標準	できる できない
	タ		できる できない
	カ		できる できない (少し弱い)
	ラ		できる できない
頸部聴音		呼吸音(正常 異常) 嚥下音(正常 異常)	

その他特記事項(療養上必要と思われる事項)

義歯が古くなっており咬み合わせが悪くなってきています。
 新義歯を作り直した方が良いと伝えてあります。
 嚥下時、麻痺側(右)の食物貯溜があり、食後の確認が必要です。

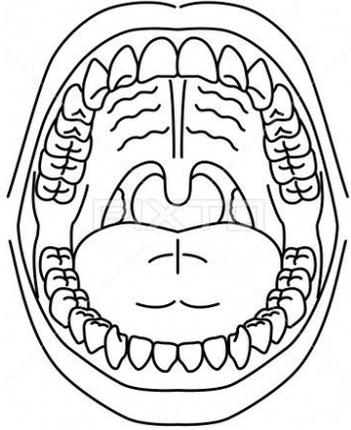
(様式4) 患者情報(訪問歯科医師記載用)

作成日: 年 月 日()

患者氏名

訪問歯科医師

氏名		医療機関名	
----	--	-------	--

口の中の状態	清掃状態	良好 不良 著しく不良	
	口腔乾燥	あり 少しあり なし	
	むし歯	なし あり	
	歯周病	なし あり(歯肉炎・歯周炎)	
	入れ歯(義歯)	なし あり(部分義歯・全部義歯)	
	奥歯上下のかみ合わせ	あり(片側・両側) なし	
	歯みがき	自立 一部介助 全介助	
	入れ歯の清掃	自立 一部介助 全介助	
	舌苔(舌の表面の汚れ)	なし 少しあり あり	
	口臭	なし 少しあり あり	

食事状態	食事への意欲	ある 少しある あまりない ない
	食事摂取	自立 一部介助 全介助
	食事の時の覚醒度	覚醒している いくらか傾眠傾向 常に傾眠
	口から食べられるか	食べられる 食べられない
	食べられるもの	常食 柔らかいもの きざみ・ペースト 液状
	食事時間	普通 長い 少し長い 早い
	飲食中のむせ	なし ときどきある いつもあり
	吐き出す力	普通 少し弱い できない

口腔機能評価 (フレイルリスク)	反復唾液嚥下テスト	() 回 / 30秒	
	パ	オーラルディアドコキネシス各音を繰り返し発音し、5秒間に5~6回出来れば標準	できる できない
	タ		できる できない
	カ		できる できない
	ラ		できる できない
	頸部聴音	呼吸音(正常 異常) 嚥下音(正常 異常)	

その他特記事項(療養上必要と思われる事項)