

お口の課題チェック票

対象者氏名： _____ 性別：男・女 年齢： _____ 歳

お口の中に関すること

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 痛いところがあるようだ | <input type="checkbox"/> 歯が抜けたままのところがある |
| <input type="checkbox"/> 口臭がする | <input type="checkbox"/> 入れ歯を使用していないようだ |
| <input type="checkbox"/> 歯や入れ歯に汚れが見受けられる | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合っていないようだ |
| <input type="checkbox"/> むせがある | <input type="checkbox"/> しばらく歯科受診やお口の手入れをしてない |
| <input type="checkbox"/> 飲み込みにくいようだ | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |

その他伝えておきたいことなど

--

食に関すること

1	最近3カ月間に、食事量が減少しましたか？
	a. 著しい食事量の減少 b. 中程度の食事量の減少 c. 食事量の減少なし
2	最近3カ月間に、食事にかかる時間は長くなりましたか？
	a. 長くなった (_____ 分程度延長) b. 短くなった c. 変化なし
3	最近ムセることが多くなりましたか？
	a. あり (具体的に： _____) b. なし
4	最近3カ月間に、体重の減少がありましたか？
	a. 3kg以上の減少 b. 1～3kg未満の減少 c. 減少なし
5	最近1年間に、肺炎が原因で入院したことがありますか？
	a. 繰り返しあり b. 1～2回あり c. なし
6	最近1年間の発熱の既往(頻度)はどの程度ですか？
	a. 月に1～2回 b. 月に数回 c. 年に数回 d. なし
7	最近3か月間に摂取できる食事形態の変化がありましたか？
	a. あり (具体的に： _____) b. なし

上記にあてはまる項目がありましたら、同封のFAX相談受付用紙・もしくはお電話にてお問い合わせください

【連絡先】

札幌歯科医師会 訪問歯科診療専用ダイヤル

受付時間 月曜日～金曜日 9:30～17:00

電話 (011)561-3001 FAX (011)511-1530