

# お口の課題チェック票

対象者氏名： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

紹介者氏名： \_\_\_\_\_ 所属： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

## 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