**お口のチェックをしましょう！！**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **チェック項目** | **✔印** | **観察ポイント** |
| **お口の中の****清潔度** | □ | 口臭がある |
| □ | 痛み・はれ・出血がある、口の粘膜に傷がある |
| □ | 口の中に食べカスがついている |
| □ | 舌に色がついている |
| □ | 不明・把握できていない |
| **お口の中の****状況** | □ | 歯がないところがありそのままになっている |
| □ | むし歯や歯の残がいがある |
| □ | 痛む歯や動く歯がある |
| □ | 不明・把握できていない |
| **入れ歯** | □ | 使いにくい（壊れた、ゆるい、痛い、噛みにくい） |
| □ | 汚れている |
| □ | 入れ歯はあるが、使っていない |
| □ | 不明・把握できていない |
| **食事の状況** | □ | 食事中にむせることがある |
| □ | 咳き込むことがある |
| □ | 食べこぼすことがある |
| □ | 口唇がパリパリしている |
| □ | のどがゴロゴロいうことがある |
| □ | 不明・把握できていない |
| **受診の状況** | □ | 最近２年以上歯科医のチェックを受けていない |
| □ | 不明・把握できていない |

**※チェックがついたら専門職によるアセスメントをお勧めします。**

－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－　－

**在宅（訪問）歯科診療申込書**

平成　　　年　　　月　　　日

在宅（訪問）歯科診療を希望し申し込みます。

利用者様氏名：　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　年　　　月　　　日生

住　　所：

電話番号：（　　　 ）　　　 －　　　 　 　/ ＦＡＸ（　　　 ） 　　　－

介護保険認定：　要支援　１ ・ ２　　/　要介護　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５

食 形 態：□普通食　□刻み食　□ミキサー食＆ペースト食　□不明

口腔ケアを行っている方：

通院困難な理由：

かかりつけ歯科医：（医院名）　　　　　　　　　　　　　　/電話番号（　　　 ） 　　　－

申込者様氏名：

住　　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　ＦＡＸ