

香川県歯科連携アセスメントシート

調査年月日 令和 年 月 日

フリカ ^ナ ：	<input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性 () 歳
患者氏名：	生年月日： 年 月 日
担当者事業所名： 氏名：	

	✓	症 状
食事・ 誤嚥 ^{ごえん}		1. 食べこぼしがある
		2. お茶や汁物でむせる
		3. 食事後、声がガラガラ声になる
		4. 食事時間が長くなった
		5. 食事量が減った
		6. 体重が減少した
		7. 咳、痰が多く出る
		8. よく熱を出す・誤嚥性肺炎を繰り返す
入れ歯		1. 歯がないのに入れ歯を作っていない・持っていない
		2. 入れ歯を入れると痛くて嚙めない・安定しない
		3. 入れ歯が欠けている・壊れている・バネが折れている
		4. 入れ歯を外して洗浄していない
むし歯		1. 歯が痛い
		2. しみる（熱いもの・冷たいもの）
		3. 歯に穴があいている・黒くなっている
歯ぐき		1. 歯ぐきから出血する・腫れている
		2. 口臭がある
		3. 歯がグラグラしている・動く
口の中の 粘膜等		1. 口が渇く、だえきが出にくい
		2. 舌が痛い
		3. 口内炎がある
		4. 舌の上に苔のようなものがある（白い・黄色・茶色・黒いなど）
		5. 口の中が汚れている（磨き残しや食べカスが残っている）

※上記の項目に該当する場合は歯科治療が必要と思われます。ご本人やご家族の意思を確認し、かかりつけの歯科医療機関へ情報提供をお願いします。

※現在かかりつけ歯科がない場合には、香川県歯科医師会在宅歯科医療連携室までお問い合わせ下さい。

公益社団法人香川県歯科医師会
在宅歯科医療連携室

TEL : 087-851-4965 FAX : 087-822-4948