

別添資料 5-2 口腔機能向上に関する記録 (例)

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名		病名等						
		かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

1. 関連職種等により把握された課題等 (該当する項目をチェック)

(記入日:平成 年 月 日、記入者:)

<input type="checkbox"/> かみにくさ <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 義歯 (痛み・動揺・清掃状態・管理状態) <input type="checkbox"/> その他 ()
--

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

(アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入)

平成 年 月 日	モニタリング	平成 年 月 日	平成 年 月 日
事前 記入者		モニタリング 記入者	事後 記入者
<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師保健師		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師保健師 <input type="checkbox"/> 関連職種	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 看護師保健師

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いもののかみにくさ	1ない 2ある		
	お茶や汁物等によるむせ	1ない 2ある		
	口のかわき	1ない 2ある		
②咬筋の触診 (咬合力)		1強い 2弱い 3無し		
③歯や義歯のよごれ		1ない 2ある 3多い		
④舌のよごれ		1ない 2ある 3多い		
⑤ブクブクうがい (空ブクブクでも可)		1できる 2やや不十分 3不十分		

(以下の⑥と⑦の評価は必要に応じて実施)

⑥RSST (※ 30秒間の喉頭挙上の回数)	()回/30秒	()回/30秒	()回/30秒	()回/30秒
⑦オーラルティアドコネシス	パ()回/10秒	パ()回	パ()回	パ()回
	タ()回/10秒	タ()回	タ()回	タ()回
	カ()回/10秒	カ()回	カ()回	カ()回

⑧特記事項等	
⑨問題点	<input type="checkbox"/> かむ <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> その他 ()

3. 総合評価

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項				
②口腔機能の評価	<input type="checkbox"/>	向上	<input type="checkbox"/>	維持
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	低下

【総合評価結果】

①事業継続の必要性	<input type="checkbox"/> あり(継続) <input type="checkbox"/> なし(終了)	②計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-----------	---	-----------	---

備考:

--