

別添資料 4-1 口腔機能自己チェックシート(例)

① から⑪まであてはまる方に○をつけて下さい。

- | | | |
|----------------------------------|------------|----------|
| ①固いものが食べにくいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ②お茶や汁物等でむせることがありますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ③口がかわきやすいですか | 1. はい | 2. いいえ |
| ④薬が飲み込みにくくなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑤話すときに舌がひっかかりますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑥口臭が気になりますか。 | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑦食事にかかる時間は長くなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑧薄味がわかりにくくなりましたか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑨食べこぼしがありますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑩食後に口の中に食べ物が残りますか | 1. はい | 2. いいえ |
| ⑪自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか | | |
| 1a.どちらもできない | 1b.片方だけできる | 2. 両方できる |
- (1a、1b)のいずれかがある場合は口腔機能低下の可能性が高く、注意が必要です。