

お口のチェックをしましょう！！

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

※チェックが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

令和 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 年月日 年 月 日

住所 尼崎市

電話番号 FAX番号

介護保険認定

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番号

かかりつけ歯科医がない、かつ通院が困難な方の場合は、「口腔ケアチェックシート」を在宅歯科訪問対応一覧表 [https://amatsunagi.org/dl/link\\_shika\\_sitetsu01.pdf](https://amatsunagi.org/dl/link_shika_sitetsu01.pdf) から依頼先を探し、電話で確認後FAXをしてください。