

かかりつけ歯科医意見書

記入日 平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称	
電話番号 FAX	
かかりつけ歯科医師の氏名	
対象者の氏名	
性別	男・女
生年月日及び年齢	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	
電話番号	

上記の対象者に対するかかりつけ歯科医の意見は以下の通りである

() 口腔内所見等から見た今後の歯科医療への意見

- 今後の歯科医療の必要性
 要観察(経過を見て必要)
 要指導(口腔ケア・摂食・嚥下機能療法・その他)
 要治療(う・歯周疾患・義歯・その他)
 必要性なし

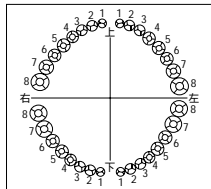
() 歯科医学的管理から見た介護に関する意見

- 口腔ケア
 自立
 見守りが必要
 一部介助
 全介助
 摂食・嚥下機能
 問題なし
 問題あり(専門的評価・指導が必要)
 嚥下不能(経口摂取不可)
 誤嚥性肺炎
 現在、疑われる
 発生の可能性が高い
 その他、栄養状態・栄養摂取等について特記すべき事項

(表面)

〔簡易口腔アセスメント票〕

(1) 口腔内所見



- 歯の状態 残存歯(残根を含む)
 上顎 本 下顎 本
 合計 本 (残根 本)
 むし歯 あり 本・なし
 歯肉の状態(歯周疾患)
 腫れ:あり・なし
 歯石:非常に多い・多い・少ない
 歯肉出血:あり・なし
 口臭:かなりある・あり・なし

- 入れ歯(義歯)の有無・使用状況等
 入れ歯の有無:あり(上・下)・なし
 {ありの場合は下記の項目を記入}
 入れ歯の使用:常時使用・食事の時に使用・使用せず
 入れ歯の保管・管理:できる・介助が必要・できない
 入れ歯の清掃:できる・介助が必要・できない
 義歯の適合:良好・不適合(修理,裏装可能)・新製が必要

- (2) 口腔清掃の自立度
 歯磨き :ほぼ自分でできる・部分的には自分でできる・自分でできない
 入れ歯の着脱:自分で着脱できる・着脱のどちらかができる・自分でできない
 うがい :自分でできる・水を含む程度はする・水を含むこともできない
- (3) 口腔清掃状態:良好・不良
 舌の状態 :舌苔 あり・なし ジスキネジア あり・なし
- (4) 口腔粘膜の状態
 異常 あり()・なし 乾燥:あり・なし
- (5) 栄養摂取方法(経口・経管・経静脈内)
 栄養(食事)回数 1日 回 自立・見守りが必要・一部介助・全介助
 食事形態:普通食・きざみ食・軟食・流動()
- (6) 咀嚼機能:普通にかめる・柔らかいものならかめる・ほとんどかめない
- (7) 嚥下機能:普通に飲み込む・飲み込みに時間がかかる・飲みにくい・嚥下できない
 むせることはない・時々むせる・むせることが多い
- (8) その他の所見
- (9) 現在受けている歯科受診の有無:あり()・なし

(裏面)