

口腔チェックリスト

調査日 : 年 月 日

氏名 :

生年月日 : 年 月 日

柔らかい物を好むようになった		☐ はい	☐ いいえ
口の中に食べ物が残ることがありますか？		☐ はい	☐ ときどき ☐ いいえ
食べるのが遅くなりましたか？		☐ はい	☐ わずかに ☐ いいえ
食後のどに引っかかった感じがありますか？		☐ はい	☐ ときどき ☐ いいえ
寝ている時に咳き込む		☐ はい	☐ ときどき ☐ いいえ
自分の歯か義歯を入れて		☐ 両方の奥歯で噛める ☐ 片方の奥歯で噛める ☐ 奥歯で噛めない	
発声		☐ 出ている ☐ かすれている ☐ 出にくい	
義歯の状況	上の義歯	☐ なし	☐ 部分床義歯 ☐ 総義歯
	下の義歯	☐ なし	☐ 部分床義歯 ☐ 総義歯
	常時装着 ※義歯がある人のみ	☐ はい	☐ いいえ
	咀嚼状況	☐ よい ☐ 噛みにくい ☐ 痛みがある	
歯や歯ぐきの状況		☐ よい ☐ 痛みがある(歯・歯ぐき)	
歯磨きを毎日していますか？		☐ はい	☐ いいえ