

訪問歯科診療及び訪問口腔ケア必要度チェック票

氏 名

調査年月日

年

月

日

記載者氏名／職種

【チェック票①】 該当する欄に○を入れてください

項 目	あり	症 状
義歯 (入れ歯)		必要なのに入れ歯がない、または使用していない
		入れ歯が安定していない(落ちる、動くなど)
		入れ歯が壊れている(割れている、バネが壊れている)
むし歯		被せ物や詰め物が外れている
歯周病		口臭がある
		歯がぐらつく
摂食・嚥下 (飲み込み・むせ)		食べこぼしがある
		食事中にむせることがある
		食事量が減って体重減少がある
		食事に時間がかかる
		原因不明の発熱または肺炎を繰り返す
手入れ		介護者の歯みがきを嫌がる

● 表面【チェック票①】のどれか一つでも該当する場合

● 裏面【チェック票②】の「やや不良」または「病的」に一つでも該当する場合



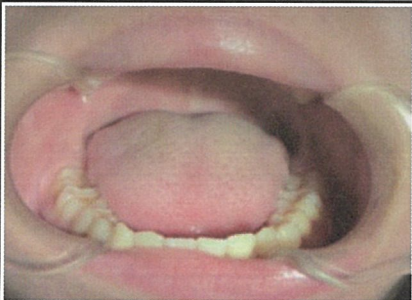
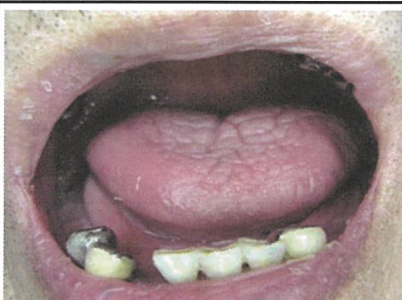
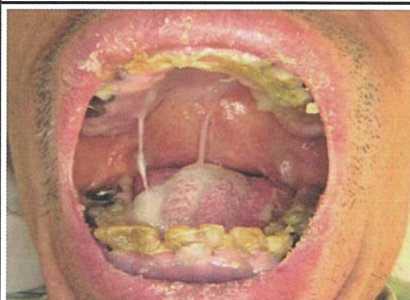
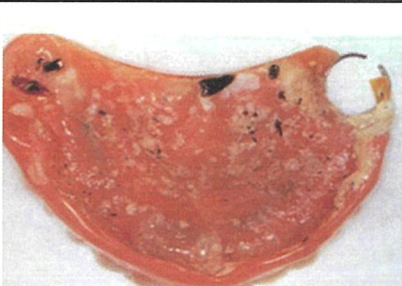
訪問歯科診療・訪問口腔ケアが必要です。
かかりつけ歯科医にご相談ください。

歯科医療機関につなげる場合は、ご本人やご家族の意思を確認してください。

かかりつけ歯科医がない場合は、下記の「神戸市歯科医師会 歯科保健推進室」をご案内ください。

神戸市歯科医師会 歯科保健推進室 電話:078-391-8020 FAX:078-391-6480

【チェック票 ②】 該当する欄に☑を入れてください

項目	健全	やや不良	病的
チェック欄⇒	☐	☐	☐
唾 液 (口腔乾燥)	 湿潤 粘つかない(漿液性) 舌苔なし、または少量	 乾燥・口渇感 少量の唾液 べたつく粘膜	 赤く干からびた状態 唾液はほぼなし 大量の舌苔が付着
チェック欄⇒	☐	☐	☐
歯 肉	 湿潤 ピンク色 出血なし	 乾燥・光沢・粗造・発赤 部分的な腫脹(1～6歯分程度) 義歯下の粘膜の発赤・潰瘍	 出血・腫脹(7歯分以上) 歯の動揺・強い口臭 白色斑・発赤・疼痛
チェック欄⇒	☐	☐	☐
義 歯	 清掃状態良好 食渣・プラーク(歯垢)・ 歯石なし	 1～2部位(少量)に食渣・ プラーク(歯垢)あり 歯ブラシや義歯洗浄剤で 汚れが取れる	 多くの部位に食渣・プラーク (歯垢)・歯石・カビあり 歯ブラシや義歯洗浄剤で 汚れが取れない

監修:ときわ病院 歯科口腔外科

こちらの票はダウンロードできます



神戸市ホームページ
「多種職連携による口腔機能管理」

「やや不良」「病的」に該当する場合は、
ご本人の不快感などの訴えがない場合でも、
歯科医療機関への受診を勧めてください。