

歯科アセスメント票

回答者	記録者	記入日 令和 年 月 日 ()
(ふりがな) 調査対象者氏名		明治・大正・昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日生(満 才)
男・女		要介護状態区分(要支援・要介護) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患(限度額)
身長	cm	体重 kg
住所 〒		TEL
1. 全身疾患	感染症(B型肝炎・C型肝炎・HIV・W氏・MRSA(+・-)・結核・) 脳血管障害()・癌(部位)・心臓病() 骨折()・リウマチ・アルツハイマー症 ・認知症 ・パーキンソン病 腎臓病()・高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・摂食・嚥下障害 ・その他()	
2. 意識レベル	1. 開眼(声かけに反応) 2. 開眼(声かけに反応なし) 3. 閉眼	
3. 傾眠	1. なし 2. あり	
4. 意思疎通	1. できる 2. できない 3. 介助者の協力があればできる 4. 認知症あり	
5. 言語機能	1. 異常なし 2. 異常あり(発音・発語・会話・その他) 3. 失語あり	
6. 視力障害	1. なし 2. あり(右・左)	
7. 呼吸機能	1. 異常なし 2. 異常あり(酸素 ℓ ・)	
8. 聴力障害	1. なし 2. あり(右・左 補聴器)	
9. 移動手段	1. 自立 2. 杖 3. 歩行器 4. 手押し車 5. 車椅子 6. その他()	
10. 運動麻痺	1. なし 2. 上肢(右・左) 3. 下肢(右・左) 4. 顔面(右・左) 5. 舌(右・左) 6. その他()	
11. うがい	1. できる(ぶくぶく・がら) 2. 介助が必要 3. できない	
12. 水分摂取	1. コップから水が飲める 2. 吸い飲みなどを使用すれば飲める 3. 口からは飲めない	
13. 食事	①摂食時の姿勢 1. 座位 2. 仰臥位 3. ベッド等をギャッジアップして(度) 4. ベッド上端座位 ②摂取方法 1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 ③食事内容 1. 経口摂取(調整不要) 2. 経口摂取(要調整)() 3. 経管栄養(胃ろう・経鼻・点滴) ④食事内容 主食 : 〇. 米飯 1. 全粥 2. おもゆ 副食 : 〇. 常食 1. 荒刻み 2. 極刻み 3. パースト ⑤1日の食事の回数 1日()回 ⑥食事時間 ()分 ⑦1回の食分量 1. 全量 2. 1/2程度 3. 1/3程度	
14. 嚥下機能について	(あてはまるもの全てにチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 肺炎と診断されたことがある。(いつ頃 年 月頃) <input type="checkbox"/> やせてきた。 <input type="checkbox"/> 物が飲み込みにくいと感じることがある。 <input type="checkbox"/> 食事中にむせることがある。 <input type="checkbox"/> 水分をとるときにむせることがある。 <input type="checkbox"/> 硬い物が食べにくい。 <input type="checkbox"/> のどに食べ物が残る感じがする。 <input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残ることがある。 <input type="checkbox"/> 食べるのが遅くなった。 <input type="checkbox"/> 胸に食べ物が残ったりつまった感じがある。 <input type="checkbox"/> 口から食べ物がこぼれることがある。 <input type="checkbox"/> 声がかすれてきた。(がら声・かすれ声) <input type="checkbox"/> 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロ(たんがからんだ感じ)する。 <input type="checkbox"/> 咳で寝られなかったり、目覚めることがある。 <input type="checkbox"/> 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがある。	
15. 常備薬等	判定 摂食・嚥下障害(+ ・ -)	
16. かかりつけ医院(担当医師名)		