

口腔機能向上に関する記録

□口腔機能
様式1(記入例)

ふりがな	かごしま まるこ	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	□明□大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭	○年 △ 月○ 日 (75) 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 2次予防 <input type="checkbox"/> 予防給付(1 2)
氏名	鹿児島 ○子	病名・服薬等	高血圧症、腰痛症、骨粗鬆症 アダラート、		
		かかりつけ歯科医	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 上 下

1. 関係職種等により把握された課題等(該当する項目をチェック)

(記入日:平成25年○月○日、記入者:○×子)

かみにくさ むせ □のかわき □臭 □の清掃 飲み込み 会話 食べこぼし むし歯
義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態) 歯ぐきから出血 その他(

2. 事前・事後アセスメント・モニタリング

(アセスメント、モニタリングでそれぞれ記入)

事前	平成 x年 x 月 x 日	モニタリング	平成 y 年 y 月 y 日	事後	平成 z 年 z 月 z 日
	記入者 ○×子		記入者 ○×子		記入者 ○×子
	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師保健師		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師保健師 <input type="checkbox"/> 関連職種		<input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師保健師

観察・評価等	評価項目	事前	モニタリング	事後評価
①課題の確認・把握	固いもののかみにくさ	1ない 2ある	1	1
	お茶や汁物等によるむせ	1ない 2ある	2	1
	□のかわき	1ない 2ある	2	1
②咀嚼力(ガムテスト or お食事マップ) *別紙参照	1強 2中 3弱	1	1	1
③歯や義歯のよごれ	1ない 2ある 3多い	2	1	1
④舌のよごれ	1ない 2ある 3多い	3	2	1
⑤頬の膨らまし	1できる 2やや不十分 3不十分 (右・左)	1	1	1
⑥RSST(※ 30秒間の喉頭挙上の回数)		(2)回/30秒	(2)回/30秒	(3)回/30秒
⑦オーラルディアドコキネシス (10秒または5秒間で測定する)		パ(3.8)回/秒 タ(4.1)回/秒 カ(4.0)回/秒	パ(4.1)回/秒 タ(4.8)回/秒 カ(4.2)回/秒	パ(4.4)回/秒 タ(4.5)回/秒 カ(4.3)回/秒
⑧特記事項等	右下奥歯の虫歯治療が先月終わった。治療中に歯磨き方法も習った。歯間ブラシも買ったが、使っていない。			

3. 総合評価

①日常生活における口腔機能向上サービスの利用前後を比較した場合の特記すべき事項
1日1回、朝起きた時だけ歯磨きしていたのが、食後3回 行うようになった。歯間ブラシも使うようになり、歯磨きに時間をかけるようになった。

②課題の評価

<input type="checkbox"/> かみにくさ	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 会話	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> むせ	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 食べこぼし	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> □のかわき	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> むし歯	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> □臭	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> □の清掃	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下
<input checked="" type="checkbox"/> 飲み込み	<input checked="" type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下		
<input type="checkbox"/> 義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態)	<input type="checkbox"/> 向上 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 低下		

【総合評価結果】

①事業継続の必要性	<input type="checkbox"/> あり(継続) <input checked="" type="checkbox"/> なし(終了)	②計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
備考:残存歯が多く、よく治療されてはいるが、予防のためにも年2回くらいの定期検診が望ましい。			