

# ORAL FRAILITY

## オーラルフレイル 記録シート

※本紙は記録用です。質問文や判定基準の全文は含みません。

患者ID		評価日	
評価者		場所	
義歯・歯科		食形態・水分形態	

### 評価前に固定する6点セット（再評価の再現性）

固定項目	チェック（固定できたら□に✓）	メモ
食事条件	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	
姿勢・環境	<input type="checkbox"/> 座位角度 <input type="checkbox"/> テーブル高 <input type="checkbox"/> 静かな環境	
食形態	<input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 副食 <input type="checkbox"/> 一口量 <input type="checkbox"/> 水分形態	
口腔状態	<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 口腔清潔	
介助条件	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
中止目安	<input type="checkbox"/> むせ増加 <input type="checkbox"/> 湿性嘔声 <input type="checkbox"/> 強い疲労 <input type="checkbox"/> 覚醒低下	

### 観察記録（所見+次アクション）

観察項目	目安	記録	次アクション
食べこぼし・噛みにくさ	有/無		
むせ・食後の声質	有/無/湿性		
食事時間・疲労感	通常/延長/強い		
口腔乾燥・舌苔	軽度/中等度/高度		
摂取量	10割/7-9割/5割前後/ 半分未満		
共有先	ST/歯科/栄養/主治医		
優先課題	安全/摂取量/自立		

### 再評価メモ（条件差・介入更新・共有事項など）
