

口腔・嚥下ケア ラウンドメモ

患者 ID		評価日	
評価者		場所	
食形態・飲水条件		体位・離床状況	

ラウンド前に確認する 6 点		
固定項目	チェック (確認できたら <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/>)	メモ
口腔乾燥・残渣	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要観察	
湿声・むせ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	
痰・呼吸状態	<input type="checkbox"/> 痰増加 <input type="checkbox"/> SpO2 変化 <input type="checkbox"/> 呼吸苦	
義歯・装着状況	<input type="checkbox"/> 使用中 <input type="checkbox"/> 不適合 <input type="checkbox"/> 未使用	
直近の食事量	<input type="checkbox"/> 低下なし <input type="checkbox"/> 低下あり	
連携先	<input type="checkbox"/> 看護 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士	

所見と決定事項 (短文メモ)			
項目	観察	要否	根拠メモ (短文)
口腔内	乾燥・舌苔・残渣	<input type="checkbox"/> 介入 <input type="checkbox"/> 経過観察	
嚥下	湿声・むせ・咳払い	<input type="checkbox"/> 介入 <input type="checkbox"/> 経過観察	
呼吸	痰・呼吸音・SpO2	<input type="checkbox"/> 介入 <input type="checkbox"/> 経過観察	
食事	食形態・摂取量・疲労	<input type="checkbox"/> 介入 <input type="checkbox"/> 経過観察	
日常ケア	頻度・物品・担当	<input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 継続	
歯科連携	相談要否・依頼条件	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否	
今回の決定事項			

次回確認・申し送り (条件差・未達・依頼内容など)