

# 口腔状態評価 3 項目 記録シート

歯垢・歯肉・咬合 / 義歯を同じ順番で観察し、対応と再評価まで残すためのシート

基本情報			
患者 ID	評価日	評価者	場所
_____	_____	_____	_____

評価前にそろえる前提

食事前  食事中/後  むせ増加  食事量低下  口腔乾燥  義歯あり  装着拒否  疼痛訴え

食事への影響・申し送り事項： \_\_\_\_\_

3 項目の観察記録			
項目	判定	所見・場所	対応・共有
歯の汚れ (歯垢・舌苔)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 強	場所・程度 _____	<input type="checkbox"/> ケア調整 <input type="checkbox"/> 保湿/吸引 _____
歯肉 (腫れ・出血)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 腫脹 <input type="checkbox"/> 出血	痛み・出血の程度 _____	<input type="checkbox"/> 手技調整 <input type="checkbox"/> 共有 _____
咬合・義歯 (左右奥歯)	<input type="checkbox"/> 両側可 <input type="checkbox"/> 片側 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 不適合	痛み・ぐらつき・装着 _____	<input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 歯科相談 _____

歯科相談の目安		
<b>今日相談</b> <input type="checkbox"/> 強い痛み <input type="checkbox"/> 持続出血 <input type="checkbox"/> 粘膜潰瘍 <input type="checkbox"/> 義歯の強い当たり	<b>近日相談</b> <input type="checkbox"/> 歯垢が強く改善しない <input type="checkbox"/> 義歯ぐらつき <input type="checkbox"/> 片側咀嚼が固定	<b>経過観察</b> <input type="checkbox"/> 軽い歯垢/乾燥 <input type="checkbox"/> 軽い発赤 <input type="checkbox"/> 再評価日を設定

食事への影響・対応	
食事への影響 (摂取量・むせ・残留・拒否など) _____ _____ _____	実施した対応 (ケア依頼・食形態・共有先など) _____ _____ _____

再評価メモ			
再評価日 _____	担当 _____	見る項目 _____	次の方針 _____
変化・残課題・次回確認すること _____ _____			