

口腔・栄養スクリーニング記入補助シート

別紙5-1の記入・申し送りを補助する空シート（様式の代替ではありません）

利用者ID		記入日		担当
利用者名		前回確認日		

1. まず拾う変化（チェックは2行、横線と文字を重ねない）

口腔	<input type="checkbox"/> 硬いものを避ける <input type="checkbox"/> 義歯あり	追加確認メモ	何が食べにくい／痛み・違和感
嚥下	<input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> 食後の声が湿る	追加確認メモ	水分・食事・食後のどこで出るか
栄養	<input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 摂取量低下	追加確認メモ	いつから／どの程度／Alb不明時の確認先

2. 特記事項（所見・判断・連携先を短く書く）

今回の特記事項

例：むせ増加／義歯違和感／摂取量低下／不明項目と確認予定

3. 連携先と次回確認

拾った変化	まず共有	相談先候補	次回確認
むせ・食べにくさ	<input type="checkbox"/> ケアマネ	<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 歯科	/
義歯・口腔の困りごと	<input type="checkbox"/> ケアマネ	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 口腔機能向上	/
体重減少・摂取量低下	<input type="checkbox"/> ケアマネ	<input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 管理栄養士	/

4. 申し送りメモ

共有内容・次回までに確認すること

誰に共有したか／次回までに何を確認するか
