**【口腔アセスメント】　利用者氏名：**

**記入日：　　月　　日**

1. **口腔衛生**

**・口腔乾燥（ なし ・ 少し ・ あり ）　　　⇒聞き取りにて確認**

**・食渣〔※〕沈着（ なし ・ 少し ・ あり ）⇒目視（可能な範囲）または聞き取りにて確認**

**・舌苔（ なし ・ 少し ・ 多量 ）　　　　　⇒目視（可能な範囲）または聞き取りにて確認**

**・口臭（ なし ・ 弱い ・ 強い ）　　　　　⇒嗅覚による確認**

**※食物残渣…口腔内に残された食べ物のかす**

1. **咬合力**

**・どの程度まで噛めるか　　　　　　　　　　⇒聞き取りにて確認**

**（下記のうち噛めるものに ☑ をつける。）**

* **ピーナッツ、固焼きせんべい、するめいか　　　□　水分または飲食できない**
* **蒟蒻、ゆでだこ、かりんとう**
* **ご飯、うなぎ蒲焼、きゅうり**
* **うどん、食パン、卵焼き**
* **おかゆ、プリン、豆腐**
1. **口腔清掃**

**・義歯の使用（ なし ・ あり ）　※ありの場合は詳細を記載**

**詳細（ 上顎： 部分義歯 ・ 総義歯 　　　下顎： 部分義歯 ・ 総義歯 ）**

**・清掃頻度（ １日　　回 ）⇒ □ 朝　□ 昼　□ 夕　□その他〔　　　　　　　〕**

**・清掃道具、方法**

**・磨き残し、介助の必要性（ なし ・ あり ）　※ありの場合には詳細を記載**

**介助内容**

1. **気道感染**

**・食事中または食後の痰の絡み（ なし ・ あり ⇒頻度**：　　　　　　　　　　**）**

**・過去1カ月の発熱、過去１年間の肺炎の既往歴（ なし ・ あり ）**

1. **生活機能評価**

**・食事がおいしく感じるか（ はい ・ 普通 ・ いいえ ）**

**・薬をうまく呑み込めるか（ はい ・ 普通 ・ いいえ ）**

**・会話はスムーズか（ はい ・ 普通 ・ いいえ ）**

**・よく人と会話するか（ はい ・ 普通 ・ いいえ ）**