

口腔調査票

利用者名 _____

・調査内容

- ①歯がありますか。 はい いいえ
(はいの場合は右下の図に○を付けてください。無いところには×を付けて下さい。)
- ②入れ歯を使っていますか。 はい いいえ
- ③かかりつけ歯科医がいますか。 いる いない
- ④口の中を本人または介護者が毎日清掃していますか。 はい いいえ
はい、とお答えの場合、清掃はどなたがしていますか。 本人 介護者 両方
- ⑤口の中はきれいですか。 きれい ややきれい やや汚れている 汚れている
- ⑥その他お口の事で気になる事 口臭 舌の汚れ 歯肉からの出血

(例えば歯肉からの出血、強い口臭、舌の汚れなど)があれば左下に記入してください。

- * 歯式は対象者を正面からみた図になりますので
左右を間違わないようにして下さい。

【特記事項】

