

口腔アセスメント(全職種共通)

記入者（職種 _____）令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<p>見た目</p> 	<p>自分の歯がありますか 有 無</p> <p>わかれば(上 本/14本 下 本/14本)</p> <p>上下奥歯でかみ合っていますか 有 無</p> <p>(入れ歯がはいついていてもかまいません)</p>
<p>聴取</p> 	<p>歯はいつ磨きますか</p> <p>朝食後 昼食後 夕食後 就寝前</p> <p>最近、歯科医院にいったのはいつですか</p> <p>(日前 ヶ月前 年前 忘れた)</p>
<p>入れ歯</p> 	<p>入れ歯はありますか 有 無</p> <p>わかれば (総入れ歯 上 下)</p> <p>(部分入れ歯 上 下)</p> <p>入れ歯はあっていますか</p> <p>はい まあまあ いいえ</p> <p>食事の時に使えていますか</p> <p>使用 時々 未使用</p> <p>寝るときは外していますか</p> <p>外す 外さない</p>
<p>気になることがあればご記入ください</p>	

わかる範囲でチェックをお願いします
 公益社団法人 熊本県歯科衛生士会