

ID 患者氏名 実施日 R 年 月 日

口腔内アセスメント表(看護師用)

①歯	<input type="checkbox"/> 症状なし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 時々痛む <input type="checkbox"/> 時々しみる <input type="checkbox"/> その他()	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 疼痛がある	チェック 3
②歯肉	<input type="checkbox"/> 症状なし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 違和感がある <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 血がにじむ <input type="checkbox"/> その他()	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 疼痛がある <input type="checkbox"/> 膿の味がする <input type="checkbox"/> 腫れている	チェック 3
③口腔粘膜	<input type="checkbox"/> 症状なし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 触れると痛む箇所がある <input type="checkbox"/> しみる箇所がある <input type="checkbox"/> その他()	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 常に疼痛がある <input type="checkbox"/> 出血する	チェック 3
④義歯	<input type="checkbox"/> 義歯なし <input type="checkbox"/> 良好に使えている	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 少しゆるいが使えている <input type="checkbox"/> 持っているが使っていない <input type="checkbox"/> その他()	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 義歯が合わない	チェック 3

1つでもチェック3がある → 歯科口腔外科への受診を勧めましょう

1つでもチェック 2 がある → 継続するなら、歯科口腔外科への受診を勧めましょう

すべてのチェックが1のみ → 口腔内の状態はおおむね良好です

⑤口腔清掃状態	<input type="checkbox"/> 口腔内に汚れなし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 口腔内の一部に汚れが残っている <input type="checkbox"/> その他()	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 口腔内に多量の汚れがある	チェック 3
⑥口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 乾燥なし	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 乾燥の自覚がある <input type="checkbox"/> その他()	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 食事や会話が困難なほどの乾燥がある	チェック 3
⑦口腔機能	<input type="checkbox"/> 声や摂食に問題がない	チェック 1
	<input type="checkbox"/> 声がかすれる <input type="checkbox"/> 時々食事中にむせる <input type="checkbox"/> その他()	チェック 2
	<input type="checkbox"/> 会話困難 <input type="checkbox"/> 毎回食事中にむせる	チェック 3

1つでもチェック3がある → オーラルケアに関し、歯科口腔外科に相談しましょう

1つでもチェック2がある → それぞれのオーラルケアの手法を再検討しましょう

すべてのチェックが1のみ → オーラルケアは良好です、このままのケアを継続しましょう

看護師