

後期高齢者歯科口腔健診後の保健指導

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ	歳
氏名	要介護度・病名等							
	かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

1. 把握された課題等

<input type="checkbox"/> かみにくさ <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） <input type="checkbox"/> 舌機能 <input type="checkbox"/> その他（ ）

2. 健診後の評価 （ 1. 問題なし 2. 要指導 3. 要治療 ）

健診項目等	評価	健診項目等	評価
①歯の状態 未処置歯	1・2・3	①歯の状態 要補綴歯	1・2・3
②咬合の状態 現在歯	1・2・3	②咬合の状態 義歯	1・2・3
③咀嚼能力評価（咬筋触診法）右	1・2・3	③咀嚼能力評価（咬筋触診法）左	1・2・3
④舌の機能評価 挺舌	1・2・3	④舌圧計による評価	1・2・3
⑤嚥下機能評価 RSST	1・2・3	⑥粘膜の異常	1・2・3
⑦口腔の状況 プラーク付着	1・2・3	⑦口腔の状況 食渣	1・2・3
⑦口腔の状況 舌苔	1・2・3	⑦口腔の状況 口臭	1・2・3
⑦口腔の状況 義歯清掃	1・2・3	⑦口腔の状況 歯石付着	1・2・3
⑦口腔の状況 口腔乾燥	1・2・3	⑧歯肉の状況	1・2・3
⑨特記事項等			

3. 保健指導実施計画

専門職種の 実施項目	指導等	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 歯みがき支援 <input type="checkbox"/> 義歯の指導 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息予防に関する情報提供 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> 食形態指導 <input type="checkbox"/> 舌苔の除去
	その他	
専門職種の 実施項目	機能訓練	<input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 咀嚼訓練 <input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ <input type="checkbox"/> 舌体操・舌訓練等 <input type="checkbox"/> モアブラシによるストレッチ
	その他	
家庭での 実施項目	本人	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 歯みがきの実施 <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 歌を歌う
	介護者	<input type="checkbox"/> 歯みがき支援（確認・声かけ・介助） <input type="checkbox"/> 口腔体操等支援 <input type="checkbox"/> 話しをする
	その他	

4. 担当者

歯科医院名

歯科医師名

歯科衛生士名