

口腔観察シート

実施日 _____

事業所名

氏名

観察項目	観察の視点	観察の結果		
		ない	ある	気付いたこと
A 口臭がある	吐く息が臭う 話をする時に臭いがする	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	
B 食事時間がかかる	食事を食べ終える時間	30分以内 <input type="checkbox"/>	30分以上 <input type="checkbox"/>	
C 口腔乾燥がある	くちびるが乾いている 舌がひからびている	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	
D 言葉が不明瞭	言葉がはっきりと聞き取れない ろれつが回らない 声が小さい	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	
E よだれがよく出る	常に服の胸あたりが濡れている 何も飲食していない時にむせる	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	
F むせることがある	水分を飲むとむせる 食べ物でむせる 何とは言えないが食事中にむせる	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	
G 口の中が痛い	歯が痛いと訴える 歯茎が痛いと訴える 舌が痛いと訴える 喉が痛いと訴える	ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	
H 自分の歯がある		ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	
I 義歯がある		ない <input type="checkbox"/>	ある <input type="checkbox"/>	