

1 アセスメント・評価票

口腔機能の向上・栄養改善プログラム アセスメント票

氏名	(ふりがな)	男・女	(記入者:)
	明・大・昭		年 月 日

(主治医の意見書が入手できた場合は添付する)

実施年月日	初回 (月 日)	中間 (月 日)	最終 (月 日)
身長			
体重			
BMI【体重÷(身長×身長)】			

		(実施年月日)	年	月	月	月	
					日	日	日
質問項目		評価項目			初回	中間	最終
基本 チェック リスト	13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい	2 いいえ				
	14 お茶や汁物などでむせることがありますか	1 はい	2 いいえ				
	15 口の渇きが気になりますか	1 はい	2 いいえ				
口腔機能	『パタカラ』の発音	1 全部できる	2 できない発音 ()				
	反復唾液嚥下テスト(RSST) 回/30秒	1 3回以上	2 3回未満				
	頬のふくらまし	1 左右 十分可能	2 不十分	3 できない			

食事 状況	食事の量(残食量)	1 なし	2 少量 (1/2未満)	3 多量 (1/2以上)			
	食事時の食べこぼし	1 こぼさない	2 多少は こぼす	3 多量に こぼす			
	食事中や食後のムセ	1 ない	2 あまりない	3 ある			
	食事中や食後の痰のからみ	1 ない	2 時々ある	3 いつもからむ			
	かむかむごっくんチェック	早見表を参照してレベルを記入					
食生活	1日の食事の回数は何回ですか	1 2回	2 3回				
	1回の食事でご飯と、おかずとして魚・肉・卵・豆腐の中から1品を食べていますか	1 はい	2 いいえ				
	味付けは濃い方が好きですか	1 はい	2 いいえ				
口腔衛生 状況	歯あるいは義歯の汚れ	1 おおむね 良好である	2 少し 汚れている	3 とても 汚れている			
	舌苔	1 なし	2 ある	3 多量にある			
	口臭	1 ない	2 弱い	3 強い			
	声かけの必要性	1 必要がない	2 必要あり	3 不可			
	口腔清掃支援の必要性	1 必要がない	2 一部必要	3 必要			
その他	対象者(本人)の自己評価	1 食欲がでてきた	2 ムセが減った				
	記入者による評価	3 会話が增えた	4 笑顔が増えた				
		5 その他()					

