

お口の課題チェック票

対象者氏名 _____ 性別：男・女 年齢： _____ 歳
住所 _____ 電話番号： _____

紹介者氏名： _____ 所属： _____
電話番号： _____

お口の中に関すること

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 痛いところがあるようだ | <input type="checkbox"/> 歯が抜けたままのところある |
| <input type="checkbox"/> 口臭がする | <input type="checkbox"/> 入れ歯を使用していないようだ |
| <input type="checkbox"/> 歯や入れ歯に汚れが見受けられる | <input type="checkbox"/> 入れ歯が合っていないようだ |
| <input type="checkbox"/> むせがある | <input type="checkbox"/> しばらく歯科受診していない |
| <input type="checkbox"/> 飲み込みにくいようだ | <input type="checkbox"/> 歯ブラシしっかりとできている |

その他伝えておきたいこと

--

食に関すること

1	最近3ヶ月間に、食事量が減少しましたか？
	a.著しい食事の量の減少 b.中程度の食事量の減少 c.食事量の減少なし
2	最近3ヶ月間に、食事にかかる時間は長くなりましたか？
	a.長くなった(分程度延長) b.短くなった c.変化なし
3	最近1年間に、窒息しかかった経験はありますか？
	a.あり(具体的に:) b.なし
4	最近3ヶ月間に、体重の減少がありましたか？
	a.3kg以上の減少 b.1~3kgの減少 c.減少なし
5	最近1年間に、肺炎が原因で入院したことがありますか？
	a.繰り返しあり b.1~2回あり c.なし
6	最近1年間の発熱の既往(頻度)はどの程度ですか？
	a.月に1~2回 b.月に数回 c.年に数回 d.なし

【連絡先】 一般社団法人 美唄歯科医師会
電話/FAX (0126) 62-1239