

【有効期間:令和8年9月1日~令和8年12月31日】

| | | | |
|---------|-------|--------|----------|
| 医療機関コード | 2 2 3 | 受診日 | 令和 年 月 日 |
| 医療機関名 | | 被保険者名 | |
| 保険者番号 | | 被保険者番号 | |

(1) 歯肉の健康

コード CPI最大値コードを点数化してください 点数

上下総義歯はレ点を入れる
 上記の場合、問診の点数は空欄にする

“x”, “9”は6分画全てが
 “x”, “9”の場合のみ最大値として記入
 ↓
 CPIコード(最大値)
 BOP PD

| | | |
|------------------------|------------------------------------|------|
| 歯肉出血BOP | 0点 CPI最大値「1、9、×」 3点 CPI最大値「0」 | (1)計 |
| 歯周ポケットPD | 0点 CPI最大値「1、2、9、×」 3点 CPI最大値「0」 | |
| 歯をみがく時血が出ることがありますか | 0 はい 2 いいえ | |
| 指でさわってみて、少しグラつく歯がありますか | 0 はい 2 いいえ | |

上下総義歯は義歯に付着したプラーク・食渣を点数化する
 問診は義歯清掃回数に置き換える

(2) 口腔衛生状態

| | | |
|-----------------|-------------------------|------|
| プラークの付着 | 0 多量 1 中等度 2 殆どなし | (2)計 |
| 食渣 | 0 多量 1 中等度 2 殆どなし | |
| 舌苔 | 0 多量 1 中等度 2 殆どなし | |
| 口臭 | 0 強い 1 弱い 2 殆どなし | |
| 1日に2回以上歯をみがきますか | 0 いいえ 2 はい | /10点 |

(3) 咀嚼能力(噛み砕く力)

| | | |
|---|--|------|
| 咀嚼筋触診 | 0 なし 1 弱い 2 強い | (3)計 |
| 咬み合わせ | 義歯なし 必要性の有無 0 あり 2 なし (現在歯による)両側臼歯部での咬み合わせ 0 悪い 2 良い | |
| 義歯あり 適合状態 0 悪い 2 良い (義歯装着時)両側臼歯部での咬み合わせ 0 悪い 2 良い | | |
| ささいか・たくあんなどの固さが噛みにくいですか | 0 はい 2 いいえ | |
| 半年前と比べ固いものが食べにくくなりましたか | 0 はい 2 いいえ | /10点 |

(4) 舌の機能

| | | |
|----------------------|---|------|
| オーラルディアドコキネシス(夕音) | 0 注意 (<2回/秒) 4 要注意 (2 ≤ X < 6回/秒) 6 良好 (≥ 6回/秒) | (4)計 |
| 以前に比べて滑舌が悪くなった気がしますか | 0 はい 2 いいえ | |
| 薬が飲みこみにくくなりましたか | 0 はい 2 いいえ | /10点 |

(5) 嚥下機能(飲み込む機能)

| | | |
|--------------------|--------------------------------|------|
| 反復唾液嚥下テスト(RSST) | 0 注意 (測定不能、2回以下) 6 良好(3回以上) | (5)計 |
| お茶や汁物等でむせることがありますか | 0 はい 2 いいえ | |
| 食べこぼしがありますか | 0 はい 2 いいえ | /10点 |

(6) お口の潤い

| | | |
|-----------------|--------------------------|------|
| 口腔内の唾液の状態(視診) | 0 重度 4 中等度~軽度 6 正常 | (6)計 |
| 口が渇きやすいですか | 0 はい 2 いいえ | |
| 薄味が分かりにくくなりましたか | 0 はい 2 いいえ | /10点 |

【お口の健康度】合計

| | | |
|------------|--|----|
| (1) 歯肉の健康 | | 合計 |
| (2) 口腔衛生状態 | | |
| (3) 咀嚼能力 | | |
| (4) 舌の機能 | | |
| (5) 嚥下機能 | | |
| (6) お口の潤い | | |

該当箇所にレ点にてチェックをしてください

<本日の指導内容>
 口腔衛生指導 義歯の管理 お口のトレーニング その他()

<あなたの目標> ※パンフレットと同様にご記入ください
 []

<面談記録>
 対象者の「やる気度」は いかがでしょうか 意欲的 普通 自信がない
 その他、面談の様子や特記事項を記入してください
 []

<今後の対応> ※複数回答可
 定期的に来院にて健診する予定(ヶ月後)または治療に移行する予定
 健診後、広域連合による健康指導が必要である ※被保険者の電話番号の記入をお願いします
 () - () - ()