

口腔機能精密検査 記録用紙

フリガナ 患者氏名		患者番号		生年月日	(歳)	男・女
--------------	--	------	--	------	------	-----

計測日 年 月 日

下位症状	検査項目	該当基準	検査値	該当
① 口腔衛生 状態不良	舌苔の付着程度	50%以上	%	<input type="checkbox"/>
② 口腔乾燥	口腔粘膜湿潤度	27 未満		<input type="checkbox"/>
	唾液量	2g/2 分以下		
③ 咬合力低下	咬合力検査	350N 未満 (デンタルプレスケールII・ フィルタあり)	N	<input type="checkbox"/>
		500N 未満 (デンタルプレ スケールII・フィルタなし)		
		200N 未満 (デンタルプレスケール)		
		375N 未満 (Oramo-bf)		
	残存歯数	20 本未満	本	
④ 舌口唇運動 機能低下	オーラルディアドコキネシス	どれか 1 つでも, 6 回/秒未満	「パ」 回/秒 「タ」 回/秒 「カ」 回/秒	<input type="checkbox"/>
⑤ 低舌圧	舌圧検査	30kPa 未満	kPa	<input type="checkbox"/>
⑥ 咀嚼機能 低下	咀嚼能力検査	100mg/dL 未満	mg/dL	<input type="checkbox"/>
	咀嚼能率スコア法	スコア 0, 1, 2		
⑦ 嚥下機能 低下	嚥下スクリーニング検査 (EAT-10)	3 点以上	点	<input type="checkbox"/>
	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	A が1項目以上		

該当項目が3項目以上で「口腔機能低下症」と診断する。 該当項目数： _____

歯科医師 :

歯科衛生士 :