訪 問 口 腔 ケ ア

平成　　年　　月　　日

訪問開始日	平成　　年　　月　　日～　　担当DH.［　　］
口腔状態	①口腔清掃状況（＋・－） ②義歯の清掃状況（＋・－） ③歯肉の腫脹・発赤（有・無） ④歯肉からの出血（有・無） ⑤開口困難（有・無） ⑥口臭（有・無） ⑦舌苔（有・無） ⑧流涎（有・無） ⑨乾燥（有・無） ⑩むせ（有・無） ⑪嗄声（有・無） ＜その他＞
ケア内容	①口腔内清掃（有・無） （歯ブラシ・歯間ブラシ・舌ブラシ・フロス・トゥースエッテ その他　　） ②義歯清掃（有・無） ③摂食・嚥下機能訓練（有・無） ④食事指導（有・無） ⑤マッサージ（有・無） ＜その他＞

訪 問 口 腔 ケ ア

平成　　年　　月　　日

訪問開始日	平成　　年　　月　　日～　　担当DH.［　　］
口腔状態	①口腔清掃状況（＋・－） ②義歯の清掃状況（＋・－） ③歯肉の腫脹・発赤（有・無） ④歯肉からの出血（有・無） ⑤開口困難（有・無） ⑥口臭（有・無） ⑦舌苔（有・無） ⑧流涎（有・無） ⑨乾燥（有・無） ⑩むせ（有・無） ⑪嗄声（有・無） ＜その他＞
ケア内容	①口腔内清掃（有・無） （歯ブラシ・歯間ブラシ・舌ブラシ・フロス・トゥースエッテ その他　　） ②義歯清掃（有・無） ③摂食・嚥下機能訓練（有・無） ④食事指導（有・無） ⑤マッサージ（有・無） ＜その他＞

－口腔ケア－