

柏市口腔・栄養アセスメントシート

氏名 _____ 生年月日 T・S _____ 年 ____ 月 ____ 日生

質 問 項 目		回 答			
口 腔 に つ い て	義歯を使用していますか	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯) <input type="checkbox"/> いいえ ↓ 自分の歯は何本ありますか (_____) 本			
	口腔(義歯含む)の手入れをしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ いつしていますか <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜			
	口腔内で心配なことはありますか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> ぐらつきがある <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	かかりつけの歯医者がありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
健 康 管 理	夜は眠れていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	薬は自己管理できていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
栄 養 に つ い て	食事の回数は何回ですか	<input type="checkbox"/> 3食/日 <input type="checkbox"/> 2食/日 <input type="checkbox"/> 1食/日			
	調理を行うことはできますか	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 行っていないが能力はある <input type="checkbox"/> できない			
	食欲はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	主治医より食事について言われていることはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ 内容 (_____)			
	最近の食事の内容について教えてください 例) ごはん 大根のみそ汁 焼き魚	朝食	昼食	夕食	間食
	嗜好品について	たばこ： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (_____ 本/日) 酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> たまに飲む <input type="checkbox"/> いつも飲む (量 _____ /日)			