

お口の元気度チェック票

No. _____

実施日	令和 年 月 日 ()		
会場名	市・町		
名前	年齢 歳	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	

〈おたずね〉現在のあなたのことで、あてはまることに○をつけてください

	質 問	よくある	時々ある	めったにない
1	<input type="checkbox"/> が乾きやすい			
2	舌がもつれる (しゃべりにくい)			
3	食べこぼす			
4	硬いものが食べにくい			
5	お茶や汁物でむせる			
6	食べ物が口の中に残る			
7	寝る前は、ていねいに歯をみがく (ていねいに入れ歯を洗う)			
8	おしゃべりをする、笑うことが多い			
9	入れ歯を使っている	はい	/	いいえ
10	かかりつけ歯科医がある	はい	/	いいえ
11	現在の自分の歯の本数 (取りはずしができる入れ歯を除く)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 本		

質問 1～6 で「よくある」に 1 つ以上、「時々ある」に 2 つ以上○がある場合は「お口の筋力アップ教室」の受講をお願いします

測定項目 (使用機器)	口腔機能測定結果	機能低下基準	低下の疑いがある者に○
オーラルディアドコキネシス (健口くんハンディ)	パ 回/秒	6 回/秒未満 ※ 5 秒間ずつ測定	
	タ 回/秒		
	カ 回/秒		

お口の筋力アップ教室受講をすすめた
(オーラルフレイル対応) 歯科医療機関を紹介した

はい いいえ
 はい いいえ

お口の元気度チェック票

No. _____

実施日	令和 年 月 日 ()		
会場名	市・町		
名前	年齢 歳	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	

〈おたずね〉現在のあなたのことで、あてはまることに○をつけてください

	質 問	よくある	時々ある	めったにない
1	<input type="checkbox"/> が乾きやすい			
2	舌がもつれる (しゃべりにくい)			
3	食べこぼす			
4	硬いものが食べにくい			
5	お茶や汁物でむせる			
6	食べ物が口の中に残る			
7	寝る前は、ていねいに歯をみがく (ていねいに入れ歯を洗う)			
8	おしゃべりをする、笑うことが多い			
9	入れ歯を使っている	はい	/	いいえ
10	かかりつけ歯科医がある	はい	/	いいえ
11	現在の自分の歯の本数 (取りはずしができる入れ歯を除く)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 本		

質問 1～6 で「よくある」に 1 つ以上、「時々ある」に 2 つ以上○がある場合は「お口の筋力アップ教室」の受講をお願いします

測定項目 (使用機器)	口腔機能測定結果	機能低下基準	低下の疑いがある者に○
オーラルディアドコネシス (健口くんハンディ)	パ 回/秒	6 回/秒未満 ※ 5 秒間ずつ測定	
	タ 回/秒		
	カ 回/秒		

お口の筋力アップ教室受講をすすめた
(オーラルフレイル対応) 歯科医療機関を紹介した

はい いいえ
 はい いいえ