

# 義歯チェックリスト

患者名

様

年 月 日

残存歯（有・無）

義歯

○：残存  
△：残根  
□：鉤歯

7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7	7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7

義歯部位：  
楯円で囲む

項目	状況：複数選択可	備考	リスク
食事に関する お困り事	①無い      ②食事量減少      ③体重低下      ④時間がかかる      ⑤ムせて誤嚥が心配		
	⑥偏食する      ⑦盗食する      ⑧異食がある      ⑨集中できない      ⑩幻覚で食事に支障		
	⑪介助困難（口を開かない・噛まない・飲み込まない・その他）		
	⑫その他：		
義歯管理と使用	保清・保管      ①自立      ②要声かけ      ③介助		
	夜間義歯      ①夕食後に外す      ②就寝前に外す      ③外さない      ④他		
	手指の可動      ①両手指可      ②利き手可      ③利き手外可      ④両手不可		
	洗面所移動      ①移動（自立歩行・介助歩行・車いす自走・車いす介助）      ②移動不可		
	義歯の着脱      ①自立      ②要声かけ      ③介助      ④介助でも困難		
	使用時間      ①日中装着      ②食事時装着      ③食事時以外装着      ④不使用		
	使用状況      ①上下顎使用      ②上顎のみ使用      ③下顎のみ使用      ④不使用		
不使用の理由      ①本人が拒否      ②食べにくそう      ③介助しにくい      ④他			
義歯に関する お困り事	その他：		
義歯形態	鉤歯状態      ①問題無      ②問題有（疼痛・動揺・齶蝕・残根or歯牙喪失）		
	人工歯状態      ①問題無      ②問題有 {破損・欠損・咬耗：（+）・（++）・（+++）}		
	義歯の状態      ①問題無      ②問題有（不適合・床破損・鉤破損・磨耗）		
保清&口腔機能	プラーク      ①問題無      ②問題有（+）・（++）・（+++）		
	歯石      ①問題無      ②問題有（+）・（++）・（+++）		
	食物残渣量      ①無      ②有（+）・（++）・（+++）		
	残渣付着部位      ①無      ②床（内面・口蓋部・左頬側・右頬側）      ③全体		
使用状況	使用歴      ①3ヶ月未満      ②6ヶ月未満      ③5年未満      ④5年以上		
	使用状態      ①上下顎使用      ②上顎のみ使用      ③下顎のみ使用      ④不使用		

コメント