

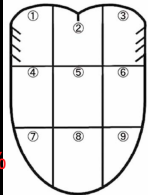
別添2 口腔機能精密検査記録用紙

口腔機能精密検査 記録用紙

患者氏名		生年月日	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	舌背上の微生物数	3.162×10 ⁶ CFU/mL 以上	CFU/mL	☐
	舌苔の付着程度	50%以上	%	
9点 = 50% 10点 = 56% 11点 = 61% 12点 = 67% 13点 = 72% 14点 = 78% 15点 = 83% 16点 = 89% 17点 = 94% 18点 = 100%				
②口腔乾燥	口腔粘膜湿润度	27 未満		☐
	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) 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)	N	☐
	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	☐
⑤ 低舌圧	舌圧検査	30kPa 未満	kPa	☐
⑥ 咀嚼機能低下	咀嚼能力検査	100mg/dL 未満	mg/dL	☐
	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	☐
	自記式質問票 (聖隷式嚥下質問紙)	A が 1 項目以上		



パ：パンダ
タ：たぬき
カ：カラス

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： ____