

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
-----	----	--	------	-------	----	-----

A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある	<input type="checkbox"/>	□
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある	<input type="checkbox"/>	
		C-3 咀嚼に影響するう蝕がある	<input type="checkbox"/>	
		C-4 強く咬みしめられない	<input type="checkbox"/>	
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	<input type="checkbox"/>	
		C-6 偏咀嚼がある	<input type="checkbox"/>	
	嚥下機能	C-7 舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)	<input type="checkbox"/>	□
食行動	C-8 哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがあるなど	<input type="checkbox"/>	□	
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある(音の置換、省略、歪みなどがある)	<input type="checkbox"/>	□
		C-10 口唇の閉鎖不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)	<input type="checkbox"/>	□
		C-11 口腔習癖がある	<input type="checkbox"/>	□
		C-12 舌小帯に異常がある	<input type="checkbox"/>	□
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数**で評価) 現在 体重 _____ kg 身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	<input type="checkbox"/>	□
	その他	C-14 口呼吸がある	<input type="checkbox"/>	□
		C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	<input type="checkbox"/>	
		C-16 睡眠時のいびきがある	<input type="checkbox"/>	
		C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い(低舌圧である)	<input type="checkbox"/>	
C-18 上記以外の問題点 (_____)	<input type="checkbox"/>	□		
口唇閉鎖力検査 (_____ N)			<input type="checkbox"/>	□
舌圧検査 (_____ kPa)			<input type="checkbox"/>	□

「上記以外の問題点」とは口腔機能発達評価マニュアルのステージ別チェックリストの該当する項目がある場合に記入する。

(参考資料) カウプ指数(6歳未満の幼児) $[\text{体重}(\text{g})/\text{身長}(\text{cm})^2] \times 10$

ローレル指数(6歳以上の学童) $[\text{体重}(\text{g})/\text{身長}(\text{cm})^3] \times 10^4$

カウプ指数	判定
22以上	肥満
19~22未満	肥満傾向
15~19未満	正常範囲
13~15未満	やせぎみ
10~13未満	やせ

ローレル指数	判定
160以上	肥満
145~160未満	肥満気味
115~145未満	標準
100~115未満	やせぎみ
100未満	やせ