

申請日：_____ 被保険者番号：_____

- 1 口の中（歯、舌、口蓋）の汚れについて
 - 1 きれい 2 多少汚れている 3 汚れている 4 口臭がある 5 確認できない
- 2 歯ぐきの腫れや出血がありますか
 - 1 いいえ 2 はい 3 確認できない
- 3 義歯について
 - 1 問題なく食べられる 2 多少ガタツクが食べられる 3 あわない 4 使用していない 5 確認できない
- 4 うがい（ぶくぶくうがい）
 - 1 できる 2 できない 3 確認できない
- 5 食生活について
 - 1 どんなものでも食べられる 2 噛みづらいが不満はない 3 噛むことに問題があって食べにくい
 - 4 飲み込むことに問題があって食べにくい 5 食事をしていない（経管栄養等） 6 確認できない