OC5 　　お口の健康５点チェック

様式３

Ver.2022 地域ケア会議

オーシーファイブ　　　　　　西暦 　　 年 　 月　 日 施設名　　　 　　 記入者名　　　　　　　　　名

氏名 　　　　 (男・女) 　生年月日 大/昭/西暦 　　　 年 　 月 　 日 　　歳

# 基礎疾患 　　　　　　　 　　食事に関する特記事項　　　　　　　　　　　○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○

１．

家族

と同じものが

食べづらい

（外食ができない）

はい

いいえ

２．

食べ終わるのに３０分以上

かか

る

はい

いいえ

３．

薬を６種類以上飲んでい

る

（お薬手帳）

はい

いいえ

４．

口臭が気になる

（本人または他の人から）

はい

いいえ

５．

入れ歯

を入れて

いる

（または過去に入れていた

）

はい

いいえ

歯科の最終受診は 　　　 頃

|  |
| --- |
|  　　はい |
| 個  |

かかりつけ歯科医院 　　 あり 　 なし　○

# 本人の希望・目標等　　　　　　　　　　　　　　　○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○

家族の希望・目標等 　　　　　　　 　 　　※はい２個以上の方ご相談ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○ート　　　　　　　　　　　R6年度使用版