

氏名： _____

性別： 男 ・ 女

生年月日： 大正・昭和 年 月 日 (歳)

口腔機能自己チェックシート

①から⑪まであてはまる方に○をつけて下さい。

No.	質問項目	回答	
①	固いものが食べにくいですか	1. はい	2. いいえ
②	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
③	口がかわきやすいですか	1. はい	2. いいえ
④	薬が飲み込みにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑤	話すときに舌がひっかかりますか	1. はい	2. いいえ
⑥	口臭が気になりますか	1. はい	2. いいえ
⑦	食事にかかわる時間は長くなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑧	薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑨	食べこぼしがありますか	1. はい	2. いいえ
⑩	食後に口の中に食べ物が残りやすいですか	1. はい	2. いいえ
⑪	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯でしっかりと噛みしめられますか		
	1. どちらもできない	2. 片方だけできる	3. 両方できる

●義歯の有無について (あり ・ なし)