

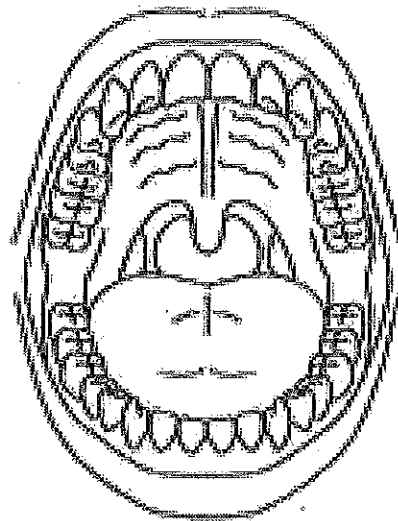
# 口腔状態評価

年 月 日記入

氏 名 ( )

痛み	なし	あり ( )
口の中の汚れ (歯垢・たん・舌苔等)	なし	あり ( )
口臭	なし	あり ( )
出血(歯肉等)	なし	あり ( )
口の中の困りごと (ムシ歯・入れ歯・ 口の渇き等)	なし	あり ( )
食べにくい	なし	あり ( )
むせやすい	なし	あり ( )

【特 記】



上記の項目で一つでも「あり」に該当するものがありましたら、歯科にご相談ください。