

日付:

◎かかりつけ歯科医院 有 無

◎義歯の使用 有 無

◎介護認定の状況

要支援 要介護 1・2・3・4・5

認定日:平成・令和 年 月 日

◎認知症 日常生活自立度

I IIa IIb IIIa IIIb IV M

介護者等によるアセスメント・モニタリングの為のスクリーニング

【アセスメント】

日付: 年 月 日

記入者:

【モニタリング】

日付: 年 月 日

記入者:

嚥下障害の有無 有 無

有 無

誤嚥性肺炎既往歴 有 無

有 無

(5年以内)

◎食事について

①硬いものは食べにくいですか？

有 無

有 無

②お茶や汁物でむせることがありますか？

有 無

有 無

③口の乾燥が気になりますか？

有 無

有 無

◎食事形態

普通食 きざみ食 ソフト食 ミキサー食 嚥下食 流動食

モニタリング専用(歯科医師及び歯科衛生士 記入)

嚥下障害 有 無

口腔内常在菌 問題有 問題無

義歯・自歯の状態 要ケア 要治療 問題無

栄養状態の評価 Alb: 体重: Kg mna: