

台東区にお住まいの皆さまへ ― このようなことはありませんか ―

- ☐ 口臭がある
- ☐ 歯磨きがうまくできない
- ☐ 舌に汚れがある
- ☐ 口の渇きがある
- ☐ ぐらぐらしている歯がある
- ☐ 食べ物をうまく噛めない
- ☐ 飲み込みに時間がかかる
- ☐ 食事の時、むせたり、せきこんだりする
- ☐ これまでに肺炎になったことがある
- ☐ 入れ歯が痛い・入れ歯がゆるい



※アセスメントを希望されない場合は、裏面のアンケートにご協力ください。

ひとつでも当てはまったら注意が必要です!!



アセスメント依頼書 兼 回答書

これまでにアセスメントを利用したことがありますか？ → はい、あります。／ いいえ、ありません。

太枠内に必要事項を記入してください。

生年月日	大正 昭和	年	月	日 (歳 / 男・女)
住所	〒	―	台東区	丁目 ※番地以降は記入不要
傷病名	(3つ程度)			
介護保険認定	要支援： () 要介護： () ・ 申請中 ・ 非該当			
連絡先	- -			

訪問候補日※	第 1 希望：	月	日 ()	時	分	決定
	第 2 希望：	月	日 ()	時	分	
	第 3 希望：	月	日 ()	時	分	
備 考						

※訪問候補日は月・火・木・土曜日の10時半～16時でご記入ください。

主治医	医療機関名 (区内・区外)	TEL	-	-
	医師名	FAX	-	-

依頼人	居宅介護支援事業所名	担当 ()
	連絡先	

この様式をスマートフォンで
写真を撮り、右のQRコード
に添付して送信して下さい

送信先：たいとう歯科健康センター →



受付番号

訪問者

発行元：たいとう歯科健康センター

電話：03-5603-2235 / FAX：03-5808-9291 / メール：taito-dhc-8020@outlook.jp

口腔アセスメントを希望しなかった理由について

各項目に☑またはご記入ください。

年齢	性別	要介護度	傷病名	拒否の内訳
☐ 40代	☐ 男	☐ 非該当	☐	☐ 不具合が生じたときに受診しているから
☐ 50代	☐ 女	☐ 要支援1	☐	☐ 口腔内に問題を感じていないから
☐ 60代		☐ 要支援2	☐	☐ 口の中を見せたくないから
☐ 70～74歳		☐ 要介護1	☐	☐ 新型コロナウイルス感染症予防のため
☐ 75～79歳		☐ 要介護2	☐ その他	☐ その他
☐ 80～84歳		☐ 要介護3	()	()
☐ 85歳以上		☐ 要介護4		
		☐ 要介護5		

ご協力いただきありがとうございました。