

「口から健康プログラム」チェックシート

氏名 _____ 生年月日 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 男・女

住所 _____

電話番号 _____

- ① 半年前に比べて固いものが食べにくくなった はい いいえ
- ② お茶や汁物等でむせることがある はい いいえ
- ③ 口の渴きが気になる はい いいえ
- ④ 飲み込むのに苦労することがある はい いいえ
- ⑤ 唾液が口の中にたまる はい いいえ
- ⑥ 舌に白い苔のようなものがついている はい いいえ
- ⑦ お口の中が汚れていると思う はい いいえ
- ⑧ 声が変わった(ガラガラ声や鼻に抜ける声) はい いいえ
- ⑨ よく咳をする はい いいえ
- ⑩ 食事を残すことが多い(食べる量が減った) はい いいえ
- ⑪ 体重が減った
(この1ヶ月で5%以上、半年で10%以上) はい いいえ

これらの項目で、一つ以上「はい」に
該当することがある 65歳以上のかたは
「口から健康プログラム」の対象となります。

