

「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 口の渇きが気になる ☐ 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 ☐ はい ☐ いいえ
(この1ヶ月で5%以上、半年で10%以上)

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。

