

# ①オーラルフレイル気づきチェック票 No. \_\_\_\_\_

実施日	令和 年 月 日( )	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目
会場名	市・町			
名前	年齢 歳	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女		

おたずね ※現在のあなたのことで、あてはまることに○をつけてください

	質 問	よくある	時々	めったにない
1	<input type="checkbox"/> が乾きやすい	1	2	3
2	舌がもつれる (しゃべりにくい)	1	2	3
3	食べこぼす	1	2	3
4	硬いものが食べにくい	1	2	3
5	お茶や汁物でむせる	1	2	3
6	食べ物が口の中に残る	1	2	3
7	寝る前は、ていねいに歯をみがく (ていねいに入れ歯を洗う)	3	2	1
8	おしゃべりをする、笑うことが多い	3	2	1
9	入れ歯を使っている	は い		いいえ
10	かかりつけ歯科医がある	は い		いいえ
11	現在の自分の歯の本数 (取りはずしができる 入れ歯を除く)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> 本		
	<b>合計点数</b>	<b>点 / 24点</b>		

※担当者記入欄 お口の筋力アップ教室対象者 は い いいえ