「口腔機能発達不全症」指導・管理記録簿

No	氏名		生年月日	年　月　日	年齢	歳　　月

A機能	B分類	C項目	該当項目	指導管理の必要性
食べる	咀嚼機能	C-1歯の放出に遅れがある	□	□
		C-2機能的因子による歯列･咬合の異常がある	□	□
		C-3咀嚼に影響するう蝕がある	□	□
		C-4強く噛みしめられない	□	□
		C-5咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	□	□
		C-6偏咀嚼がある	□	□
	嚥下機能	C-7舌の突出（乳児嚥下の残存）がみられる（離乳完了後）	□	□
	食行動	C-8哺乳量･食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等	□	□
話す	構音機能	C-9構音に障害がある（音の置換、省略、歪み等がある）	□	□
		C-10口唇の閉鎖不全がある（安静時に口唇閉鎖を認めない）	□	□
		C-11口腔習癖がある	□	□
		C-12舌小帯に異常がある	□	□
その他	栄養（体格）	C-13痩せ、または肥満である（カウプ指数･ローレル指数で評価）	□	□
	その他	C-14 口呼吸がある	□	□
		C-15口蓋扁桃等に肥大がある	□	□
		C-16睡眠時のいびきがある	□	□
		C-17上記以外の問題点（　　）	□	□