

別紙1 「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 歯の萌出に遅れがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある	<input type="checkbox"/>	
		C-3 咀嚼に影響するう蝕がある	<input type="checkbox"/>	
		C-4 強く咬みしめられない	<input type="checkbox"/>	
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	<input type="checkbox"/>	
		C-6 偏咀嚼がある	<input type="checkbox"/>	
	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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C-11 口腔習癖がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C-12 舌小帯に異常がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数・ローレル指数で評価)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他	C-14 口呼吸がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	<input type="checkbox"/>	
		C-16 睡眠時のいびきがある	<input type="checkbox"/>	
		C-17 上記以外の問題点 ( )	<input type="checkbox"/>	

\* 「上記以外の問題点」とは口腔機能発達評価マニュアルのステージ別チェックリストの該当する項目がある場合に記入する。