

家族にも
できる！

「食べる力」 チェックシート

1 から 11 まであてはまる方に○をつけて下さい。

1	固いものが食べにくいですか	1. はい	2. いいえ
2	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
3	口がかわきやすいですか	1. はい	2. いいえ
4	薬が飲み込みにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
5	話すときに舌がひっかかりますか	1. はい	2. いいえ
6	口臭が気になりますか	1. はい	2. いいえ
7	食事にかかる時間は長くなりましたか	1. はい	2. いいえ
8	薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
9	食べこぼしがありますか	1. はい	2. いいえ
10	食後に口の中に食べ物が残りやすいですか	1. はい	2. いいえ
11	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか 1 a. どちらもできない 1 b. 片方だけできる 2. 両方できる		

(1、1 a、1 b)のいずれかがある場合は口腔機能低下の可能性が高く、注意が必要です。