**「口腔機能発達不全症」管理計画書**

**年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. |  |  | 生年月日 | 年 　月　日 | 年齢　　歳 　か月 | 性別 男・女 |

**【管理計画】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機能 | 分類 | 項目 | 評価 | 管理の計画 |
| **食べる** | **咀嚼**  **機能** | **歯の萌出に遅れがある** | 問題なし ・ あり | 経過観察　　か月・　要処置（　　　） |
| **機能的因子による歯列・咬合の異常がある** | 問題なし ・ あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| **咀嚼に影響するう蝕がある** | 問題なし ・　あり | 要う蝕治療歯（　　　　　　　　　　　　） |
| **強く咬みしめられない** | 問題なし ・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| **咀嚼時間が長すぎる、短すぎる** | 問題なし ・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| **偏咀嚼がある** | 問題なし ・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| 嚥下  機能 | 舌の突出（乳児嚥下の残存）がみられる（離乳完了後） | 問題なし ・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| 食行動 | 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 | 問題なし　・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| **話す** | 構音  機能 | 構音に障害がある（音の置換、省略、歪み等がある） | 問題なし ・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| 口唇の閉鎖不全がある（安静時に口唇閉鎖を認めない） | 問題なし　・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| 口腔習癖がある | 問題なし　・ あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| 舌小帯に異常がある | 問題なし　・　あり | 小帯切除　・（　　　　）指導・訓練 |
| その他 | 栄養  （体格） | やせ、または肥満である（カウプ指数・ローレル指数で評価）  カウプ指数・ローレル指数 | 問題なし　・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| その他 | 口呼吸がある | 問題なし　・　あり | （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| 口蓋扁桃等に肥大がある | 問題なし　・　あり | 医科へ対診　（必要　・　経過観察）  （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| 睡眠時のいびきがある | 問題なし　・　あり | 医科へ対診　（必要　・　経過観察）  （　　　　　　　　　　　　）指導・訓練 |
| 上記以外の問題点（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 問題なし　・　あり |  |

* 『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。

**【管理方針・目標（ゴール）・治療予定等】**

**【再評価の時期・治療期間】**

**治療期間：**（　　　　　）か月程度 **再評価の時期：**約（　　　）か月後　**来院間隔：**（　　　）か月ごと

**写真撮影**：管理開始時（口腔内・口腔外）と（　　　　）か月ごと（口腔内・口腔外）