

お口の機能測定結果票

No. _____

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

◆お口の機能の衰えを知ることで、早期にオーラルフレイル改善につなぐことができます

	測定項目 (使用機器)	口腔機能測定結果	機能低下基準	低下の疑いがある者に○
1	お口の動きやすさ (健口くんハンディ)	パ 回/秒	6 回/秒未満 ※ 5 秒間ずつ測定	
		タ 回/秒		
		カ 回/秒		
2	舌の力 (JMS 舌圧測定器)	kPa	30kPa 未満	
3	お口のかわき度 (口腔粘膜水分計ムーカス)		27.0 未満	
4	かむ機能 (グルコセンサー)	mg/dL	100mg/dL 未満	

オーラルフレイル対応歯科医療機関を紹介した (いずれか○がついた方)
かかりつけ医等を受診する予定 (要治療)

はい いいえ
 はい いいえ

お口の機能測定結果票

No. _____

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

◆お口の機能の衰えを知ること、早期にオーラルフレイル改善につなぐことができます

	測定項目 (使用機器)	口腔機能測定結果	機能低下基準	低下の疑いがある者に○
1	お口の動きやすさ (健口くんハンディ)	パ 回/秒	6 回/秒未満 ※ 5 秒間ずつ測定	
		タ 回/秒		
		カ 回/秒		
2	舌の力 (JMS 舌圧測定器)	kPa	30kPa 未満	
3	お口のかわき度 (口腔粘膜水分計ムーカス)		27.0 未満	
4	かむ機能 (グルコセンサー)	mg/dL	100mg/dL 未満	

オーラルフレイル対応歯科医療機関を紹介した (いずれか○がついた方)
かかりつけ医等を受診する予定 (要治療)

はい いいえ
 はい いいえ