

別紙1 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了前）

No.	氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月
-----	----	--	------	-------	----	------

A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	指導・管理 の 必要性
食べる	哺乳	C-1 先天性歯がある	<input type="checkbox"/>	□
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂奇形など)	<input type="checkbox"/>	
		C-3 舌小帯に異常がある	<input type="checkbox"/>	
		C-4 乳首をしっかりと口にふくむことができない	<input type="checkbox"/>	
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	<input type="checkbox"/>	
		C-6 哺乳量・授乳回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等	<input type="checkbox"/>	
	離乳	C-7 開始しているが首の据わりが確認できない	<input type="checkbox"/>	□
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	<input type="checkbox"/>	
話す	構音機能	C-9 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"/>	□
その他	栄養 (体格)	C-10 やせ、または肥満である (カウプ指数: {体重(g)/身長(cm) ² } × 10 で評価)* 現在 体重 g 身長 cm 出生時 体重 g 身長 cm カウプ指数: ____	<input type="checkbox"/>	□
		C-11 口腔周囲に過敏がある	<input type="checkbox"/>	□
	その他	C-12 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。

(参考資料)

カウプ指数	判定
22 以上	肥満
19～22 未満	肥満傾向
15～19 未満	正常範囲
13～15 未満	やせぎみ
10～13 未満	やせ