

# 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<br>機能 | B<br>分類    | C<br>項目                                                                                                         | D<br>該当項目                | 管理の<br>必要性               |
|---------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 食べる     | 哺乳         | C-1 先天性歯がある                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <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など                                                                                 | <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"/> | <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"/> |                          |
|         |            | C-9 離乳が進まない                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |                          |
| 話す      | 構音機能       | 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"/> |
| その他     | 栄養<br>(体格) | C-11 やせ、または肥満である<br>(カウプ指数: {体重(g)/身長(cm)} <sup>2</sup> × 10 で評価)*<br>現在 体重 g 身長 cm<br>出生時 体重 g 身長 cm<br>カウプ指数: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|         | その他        | C-12 口腔周囲に過敏がある                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|         |            | C-13 上記以外の問題点<br>( )                                                                                            | <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   |