

口腔機能発達不全症

小児口腔機能管理料（月1回）60点

口腔機能発達不全症に関する基本的な考え方 (令和6年3月 日本歯科医学会)

- ・成人の場合は、回復するための目標があるが、小児期の口腔機能は常に、機能の発達・獲得（ハビリテーション）の過程にあり、各成長のステージにおいて正常な状態も変化し、機能の発達が遅れていたり誤った機能の獲得があればその修正回復を早い段階で行うことが重要である。
- ・様々な原因によって機能の獲得が遅れている状態を見極め、正しい成長に導くための評価基準と考える。

小児口腔機能管理料（月1回） 60点

18歳未満の口腔機能の発達不全を認める患者のうち、

評価項目において3項目以上に該当する小児に対して

継続的な管理を実施する場合に算定

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	管理の 必要性				
食べる	哺乳	C-1 先天性歯がある	☐	☐				
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂舌形など)	☐					
		C-3 舌小帯に異常がある	☐					
		C-4 乳首をしっかり口にくっつけることができない	☐					
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	☐					
		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	☐					
	離乳	C-7 開始しているが首の握りが確認できない	☐	☐				
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	☐					
		C-9 離乳が進まない	☐					
話す	構音機能	C-10 口唇の開閉不全がある(安静時に口唇閉鎖を認めない)	☐	☐				
その他	栄養 (体格)	C-11 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:	☐	☐				
		C-12 口腔周囲に過敏がある	☐					
	その他	C-13 上記以外の問題点 ()	☐	☐				

※「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。

離乳完了前

- ① C-1～C-10のうち2項目以上に該当するものを「口腔機能発達不全症」と診断する。
- ② ①の条件を満たし、C-1～C-13の内3項目以上に該当する場合は
- 「小機能60点」が算定できる。

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	管理の 必要性	
食べる	哺乳	C-1 先天性歯がある	☐	☐	
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂奇形など)	☐		
		C-3 舌小帯に異常がある	☐		
		C-4 乳首をしっかりと口にくっつけることができない	☐		
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		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	☐		
	離乳	C-7 開始しているが首の揺れ方が確認できない	☐	☐	
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	☐		
		C-9 離乳が進まない	☐		
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)	☐	☐	
その他	栄養 (体格)	C-11 やせ、または肥満である (カウプ指数: $\{ \text{体重(g)} / \text{身長(cm)}^2 \} \times 10$ 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:	☐	☐	
		C-12 口腔周囲に過敏がある	☐	☐	
	その他	C-13 上記以外の問題点 ()	☐		

* 「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。

C-1 先天性歯がある

- ・視診による先天性歯（先天歯、出生歯）の有無を確認する。

先天歯（生まれたときから存在する歯）

出生歯（生後1～2か月以内に生えてくる乳歯）

通常の乳歯にくらべて構造が不完全で脆いことが多く茶色がかった色をしていることがある。授乳時に母親の乳首を傷つけることがある。発生頻度0.05～0.2%

対応は潰瘍（リガフェーデ病）になるなら抜歯か研磨

分葉舌（ハート舌）



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	管理の 必要性				
食べる	哺乳	C-1 先天性歯がある	☐	☐				
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂舌など)	☐					
		C-3 舌小帯に異常がある	☐					
		C-4 乳首をしっかりと口にくっむことができない	☐					
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	☐					
		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	☐					
	離乳	C-7 開始しているが舌の回りが確認できない	☐	☐				
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	☐					
		C-9 離乳が進まない	☐					
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)	☐	☐				
その他	栄養 (体格)	C-11 やせ、または肥満である (カウプ指数: [体重(g)/身長(cm) ³] × 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:	☐	☐				
		C-12 口腔周囲に過敏がある	☐	☐				
		C-13 上記以外の問題点 ()	☐					

* 「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。

C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる

- 保護者への問診、指診によりリズムカルな吸啜運動ができてる
いるか。
- 適切な授乳時間（15分～20分）で哺乳できているか否かを確認
する。

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	管理の 必要性	
食べる	哺乳	C-1 先天性歯がある		☐	☐	
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂奇唇など)		☐		
		C-3 舌小帯に異常がある		☐		
		C-4 乳首をしっかりと口にくむことができない		☐		
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる		☐		
	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		☐	☐		
	離乳	C-7 開始しているが舌の回りが確認できない				☐
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる				☐
		C-9 離乳が進まない		☐		
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)		☐	☐	
その他	栄養 (体格)	C-11 やせ、または肥満である (カウプ指数: [体重(g)/身長(cm) ³] × 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:		☐	☐	
		C-12 口腔周囲に過敏がある		☐	☐	
	その他	C-13 上記以外の問題点 ()		☐		

*「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。

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

- 保護者への問診により月齢に応じた哺乳量と授乳回数について確認する

<月齢による母乳量の目安>

月齢	基準となる体重	1回あたりの母乳量	1日あたりの回数目安	
	(kg)		授乳回数	離乳食
生後～1週間	3	80ml	7～10回	－
2週間～1カ月	3.8	80ml～120ml	7回	－
1～2カ月	4.8	120ml～160ml	6回	－
2～3カ月	5.8	120ml～160ml	6回	－
3～5カ月	6.8	200ml	5回	－
5～7カ月	7.7	200ml	5回	1回
7～9カ月	8.3	200ml	5回	2回
9～12カ月	8.8	200ml	5回	3回

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	管理の 必要性				
食べる	哺乳	C-1 先天性舌がある	☐	☐				
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂舌形など)	☐					
		C-3 舌小帯に異常がある	☐					
		C-4 乳首をしっかり口にくっつけることができない	☐					
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	☐					
		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	☐					
	離乳	C-7 開始している舌の据わりが確認できない	☐	☐				
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	☐					
		C-9 離乳が遅まない	☐					
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)	☐	☐				
その他	栄養 (体格)	C-11 やせ、または肥満である (カウプ指数: [体重(g)/身長(cm) ³] × 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:	☐	☐				
		C-12 臼歯面に過剰がある	☐	☐				
	その他	C-13 上記以外の問題点 ()	☐					

* 「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。

C-7 開始している首の据わりが確認できない

- 首が据わってから離乳が開始されているか否かを確認する

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	B	C				D	E	
機能	分類	項目				評価項目	管理の必要性	
食べる	哺乳	C-1 先天性歯がある				☐	☐	
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある（裂奇唇など）				☐		
		C-3 舌小帯に異常がある				☐		
		C-4 乳首をしっかりと口にくっつけることができない				☐		
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる				☐		
		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				☐		
	離乳	C-7 開始しているが舌の回りが確認できない				☐	☐	
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる				☐		
		C-9 離乳が進まない				☐		
	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）				☐	☐
その他	栄養（体格）	C-11 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：				☐	☐	
	その他	C-12 口唇周囲に潰瘍がある				☐	☐	
		C-13 上記以外の問題点 （ ）				☐		

*「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。

C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる

- 保護者への問診、視診により適切な離乳食の与え方をしているか否かを確認する

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				◎ 該当項目	管理の 必要性	
		食べる	哺乳	C-1 先天性舌がある	☐	☐		
				C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂舌形など)	☐			
				C-3 舌小帯に異常がある	☐			
				C-4 乳首をしっかり口にくっつけることができない	☐			
				C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	☐			
	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			☐				
	離乳	C-7 開始しているが舌の回わりが確認できない	☐	☐				
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	☐					
		C-9 離乳が進まない	☐					
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)	☐	☐				
その他	栄養 (体格)	C-11 やせ、または肥満である (カウプ指数: [体重(kg)/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:	☐	☐				
		C-12 臼歯歯面に過敏がある	☐	☐				
	その他	C-13 上記以外の問題点 ()	☐					

* 「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。

C- 9 離乳が進まない

保護者への問診、視診により適切な離乳食の与え方をしているか否かを確認する。

①9～11か月で、離乳食摂食時の口唇の動きを確認し、左右への舌と口角の偏位がみられない場合、すりつぶし機能の獲得が遅れていると判断し、離乳食の形状（量・固さ）を調整する。

②12か月～18か月では離乳食摂食時の口唇閉鎖、舌の動きを観察し、前歯でのかじり取りや側方でのすりつぶしが行えているか確認し、食形態の調整を行う。

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	管理の 必要性					
食べる	哺乳	C-1 先天性舌がある	☐	☐					
		C-2 口唇、歯槽の形態に異常がある(裂舌形など)	☐						
		C-3 舌小帯に異常がある	☐						
		C-4 乳首をしっかり口にくっつけることができない	☐						
		C-5 授乳時間が長すぎる、短すぎる	☐						
		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	☐						
	離乳	C-7 開始しているが舌の回わりが確認できない	☐	☐					
		C-8 スプーンを舌で押し出す状態がみられる	☐						
		C-9 離乳が進まない	☐						
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)	☐	☐					
その他	栄養 (体格)	C-11 やせ、または肥満である (カウプ指数: [体重(g)/身長(cm) ³] × 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:	☐	☐					
		C-12 臼歯歯面に過敏がある	☐	☐					
	その他	C-13 上記以外の問題点 ()	☐						

※「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。

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）

- 視診によりずっと口を開けている所見が見られるか否かを確認する。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳	月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性				
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある	☐	☐				
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある	☐					
		C-3 咀嚼に影響するうねがある	☐					
		C-4 強く噛みしめられない	☐					
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐					
		C-6 偏咀嚼がある	☐					
		嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の嚥存）がみられる（離乳完了後）	☐	☐			
	食行動	C-8 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など	☐	☐				
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、変形などがある）	☐	☐				
		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）	☐	☐				
		C-11 口腔管瘻がある	☐	☐				
		C-12 舌小帯に異常がある	☐	☐				
その他	栄養 （体格）	C-13 やせ、または肥満である （カウプ指数、ローレル指数 [※] で評価） 現在 体重 _____kg、身長 _____cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐				
		C-14 口呼吸がある	☐	☐				
	C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	☐						
	C-16 睡眠時のいびきがある	☐						
	C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐						
	C-18 上記以外の問題点 (_____)	☐						
	口唇閉鎖力検査 (_____N)		☐	☐				
舌圧検査 (_____kPa)		☐	☐					

「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。

離乳完了後

- ① C1~C12のうち咀嚼機能（C-1~C-6）を含む2項目以上に該当するものを「口腔機能発達不全症」と診断する。
- ② ①の要件を満たし、C-1~C-18の内3項目以上に該当する場合は「小機能60点」点が算定できる。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳	月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性				
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある	☐	☐				
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある	☐					
		C-3 咀嚼に影響するうねがある	☐					
		C-4 強く噛みしめられない	☐					
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐					
		C-6 偏咀嚼がある	☐					
		嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の嚥存）がみられる（離乳完了後）	☐	☐			
	食行動	C-8 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など	☐	☐				
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、変形などがある）	☐	☐				
		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）	☐	☐				
		C-11 口腔管瘻がある	☐	☐				
		C-12 舌小帯に異常がある	☐	☐				
その他	栄養 （体格）	C-13 やせ、または肥満である （カウプ指数、ローレル指数 [※] で評価） 現在 体重 _____kg、身長 _____cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐				
		C-14 口呼吸がある	☐	☐				
	C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	☐						
	C-16 睡眠時のいびきがある	☐						
	C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐						
	C-18 上記以外の問題点 (_____)	☐						
	口唇閉鎖力検査 (_____N)		☐	☐				
舌圧検査 (_____kPa)		☐	☐					

「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。

C-1 歯の萌出に遅れがある

①平均的な歯の萌出時期を過ぎている（乳歯では6か月以上、永久歯では1年以上遅れている）。

②平均的な歯の萌出順序から考えて次に萌出する歯がすでに萌出している。

③反対側同名歯の萌出から12か月以上遅れている。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳	月
A	B	C				D	E	
機能	分類	項目				該当項目	管理の必要性	
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある				☐	☐	
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある				☐		
		C-3 咀嚼に影響するうねがある				☐		
		C-4 強く噛みしめられない				☐		
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる				☐		
		C-6 偏咀嚼がある				☐		
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の嚥存）がみられる（離乳完了後）				☐	☐	
	食行動	C-8 離乳食・食べる量、回数がますます減り少なすぎる傾向があるなど				☐	☐	
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、変形などがある）				☐	☐	
		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）				☐	☐	
		C-11 口唇管瘻がある				☐	☐	
		C-12 舌の嚥に異常がある				☐	☐	
その他	栄養（体格）	C-13 やせ、または肥満である （カウプ指数、ローレル指数 [※] で評価） 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数 + ローレル指数				☐	☐	
	その他	C-14 口呼吸がある				☐	☐	
		C-15 口蓋扁桃等に肥大がある				☐		
		C-16 睡眠時のいびきがある				☐		
		C-17 舌を口唇に押しつける力が弱い（低舌圧である）				☐		
C-18 上記以外の問題点 (_____)				☐				
口唇閉鎖力検査		(_____ N)				☐	☐	
舌圧検査		(_____ kPa)				☐	☐	

「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。

C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある（乳歯列完成後に評価）

乳歯列

- ①反対咬合
- ②上顎前突
- ③過蓋咬合
- ④開咬
- ⑤叢生
- ⑥交叉咬合

混合歯列、永久歯列

- ①下顎前突
- ②上顎前突
- ③開咬
- ④叢生
- ⑤正中離開
- ⑥その他

これら以外の状態で特に注意すべき咬合並びに特記事項（例えば、過蓋咬合、交叉咬合、缺状咬合、逆被蓋：たとえ1歯でも咬合性外傷が疑われる場合や、歯肉退縮や動揺の著しいもの）。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A	B	C		D	管理の 必要性
機能	分類	項目		該当項目	
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある		☐	☐
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある		☐	
		C-3 咀嚼に影響するうねがある		☐	
		C-4 強く噛みしめられない		☐	
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる		☐	
		C-6 偏咀嚼がある		☐	
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の嚥存）がみられる（離乳完了後）		☐	☐
	嚥下機能	C-8 離乳食・食べる量、回数がますます減り少なくなってきたりムカムカがあるなど		☐	☐
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（舌の位置、省略、変形などがある）		☐	☐
		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）		☐	☐
		C-11 口唇留まりがある		☐	☐
		C-12 舌の嚥に異常がある		☐	☐
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数 [※] で評価) 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数 + ローレル指数		☐	☐
	その他	C-14 口呼吸がある		☐	☐
		C-15 口蓋硬軟等に肥大がある		☐	
		C-16 睡眠時のいびきがある		☐	
		C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）		☐	
C-18 上記以外の問題点 ()		☐			
口唇閉鎖力検査 (_____ N)		☐	☐		
舌圧検査 (_____ kPa)		☐	☐		

「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。

C-4 強く咬みしめられない

- 左右頬部（咬筋相当部）に触れ「強く咬みしめて」と指示しても咬筋の盛りあがり感触が触知できない、口筋の盛り上がり左右差がある。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月	
A	B	C			D	管理の 必要性
機能	分類	項目			該当項目	
食べる	咀嚼機能	C-1 舌の突出に遅れがある			☐	☐
		C-2 機能的因子による嚥下・咬合の異常がある			☐	
		C-3 咀嚼に影響する舌がある			☐	
		C-4 強く咬みしめられない			☐	
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる			☐	
		C-6 嚥下嚥がある			☐	
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の嚥下）がみられる（離乳完了後）			☐	☐
	嚥下機能	C-8 嚥下量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりするなどの			☐	☐
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（舌の位置、発音、音などがある）			☐	☐
		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）			☐	☐
		C-11 口唇留歯がある			☐	☐
		C-12 舌小帯に異常がある			☐	☐
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数で評価) 現在 体重 _____ kg 身長 _____ cm カウプ指数 - ローレル指数:			☐	☐
	その他	C-14 口呼吸がある			☐	☐
		C-15 口蓋扁桃等に肥大がある			☐	
		C-16 睡眠時のいびきがある			☐	
		C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）			☐	
C-18 上記以外の問題点 ()			☐			
口唇閉鎖力検査 (_____ N)					☐	☐
舌圧検査 (_____ kPa)					☐	☐

「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ケ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。

C- 5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる

ほぼ適正な咀嚼回数25～30回を目安。

「長すぎる」とは、口に入れてから嚥下完了までの所要時間が概ね1分以上のもの。

「短すぎる」とは、咀嚼回数 5回未満、口に入れてから嚥下完了までの所要時間が概ね5秒未満のもの。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性	
食べる	咀嚼機能	①-1 歯の嚥出に遅れがある	☐	☐	
		①-2 機能的因子による嚥列・咬合の異常がある	☐		
		①-3 咀嚼に影響する舌がある	☐		
		①-4 強く咬みしめられない	☐		
		①-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		①-6 嚥咀嚼がある	☐		
		嚥下機能	①-7 舌の突出（乳児嚥下の嚥列）がみられる（離乳完了後）	☐	☐
	嚥行動	①-8 嚥乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりするなどの	☐	☐	
話す	構音機能	①-9 構音に障害がある（舌の置換、省略、密みなどがある）	☐	☐	
		①-10 口唇の閉鎖不全がある（安静時に口唇閉鎖を認めない）	☐	☐	
		①-11 口唇留癖がある	☐	☐	
		①-12 舌小帯に異常がある	☐	☐	
その他	栄養 (体格)	①-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数で評価) 現在 体重 _____ kg 身長 _____ cm カウプ指数 - ローレル指数:	☐	☐	
	その他	①-14 口呼吸がある	☐	☐	
		①-15 口蓋扁桃等に肥大がある	☐		
		①-16 睡眠時のいびきがある	☐		
		①-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐		
	①-18 上記以外の問題点 ()	☐			
口唇閉鎖力検査 (_____ N)		☐	☐		
舌圧検査 (_____ kPa)		☐	☐		

「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ケ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。

C-6 片咀嚼がある

食べ物を左右のどちらか片方で極端に噛んでいるか否かを問診と左右頬部の触診から判断する。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A	B	C		D	管理の 必要性
機能	分類	項目		該当項目	
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある		☐	☐
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある		☐	
		C-3 咀嚼に影響する舌がある		☐	
		C-4 強く噛みしめられない		☐	
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる		☐	
		C-6 偏咀嚼がある		☐	
		嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の様相）がみられる（離乳完了後）		☐
	嚥行動	C-8 嚥乳量・食べる量、回数があまりに少なすぎたり多すぎたりがあるなど		☐	☐
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（舌の置換、省略、密みなどがある）		☐	☐
		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）		☐	☐
		C-11 口唇留癖がある		☐	☐
		C-12 舌小帯に異常がある		☐	☐
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数で評価) 現在 体重 _____ kg 身長 _____ cm カウプ指数 - ローレル指数:		☐	☐
	その他	C-14 口呼吸がある		☐	☐
		C-15 口蓋扁桃等に肥大がある		☐	
		C-16 睡眠時のいびきがある		☐	
		C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）		☐	
		C-18 上記以外の問題点 (_____)		☐	
口唇閉鎖力検査 (_____ N)		☐	☐		
舌圧検査 (_____ kPa)		☐	☐		

「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クリーン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。

C-7 舌の突出（乳児嚥下の残存）がみられる。

唾液嚥下を指示したときに、下記のいずれかに該当する。

- ①上下顎歯列間に舌が介在している。
- ②上下前歯舌面に舌を圧接させて嚥下する。
- ③歯列の側方に舌を突出させて嚥下する所見がある。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性	
食べる	咀嚼機能	C-1 舌の突出に遅れがある	☐	☐	
		C-2 機能的因子による歯列・咬合の異常がある	☐		
		C-3 咀嚼に影響する舌がある	☐		
		C-4 強く咬みしめられない	☐		
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		C-6 嚥下嚥がある	☐		
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の残存）がみられる（離乳完了後）	☐	☐	
食行動	C-8 嚥乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりするなどの	☐	☐		
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、重みなどがある）	☐	☐	
		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）	☐	☐	
		C-11 口唇留歯がある	☐	☐	
		C-12 舌小帯に異常がある	☐	☐	
その他	栄養 （体格）	C-13 やせ、または肥満である （カウプ指数、ローレル指数で評価） 現在 体重 kg 身長 cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐	
		C-14 口呼吸がある	☐	☐	
	C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	☐			
	C-16 睡眠時のいびきがある	☐			
	C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐			
	C-18 上記以外の問題点 ()	☐			
	口唇閉鎖力検査 (N)		☐	☐	
舌圧検査 (kPa)		☐	☐		

「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クリーン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。

C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、歪み等がある）

5 歳（発音の完成期）以降において、

発語の際に音の置換、省略、歪みなどがある。

カ・サ・タ・ナ・ラ行を言わせてみて音の置換、

省略、歪みなどの有無を判断する。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性	
食べる	咀嚼機能	D-1 歯の萌出に遅れがある	☐	☐	
		D-2 機能的因子による歯列-咬合の異常がある	☐		
		D-3 咀嚼に影響するうねがある	☐		
		D-4 強く噛みしめられない	☐		
		D-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		D-6 嚥咀嚼がある	☐		
	嚥下機能	D-7 舌の突出（乳児嚥下の残存）がみられる（離乳完了後）	☐	☐	
	嚥行動	D-8 嚥乳量・食べる量、回数があまり少なすぎたり多すぎたりなど	☐	☐	
話す	構音機能	D-9 構音に障害がある（音の置換、省略、歪みなどがある）	☐	☐	
		D-10 口唇の閉鎖不全がある（発音時に口唇閉鎖を認めない）	☐	☐	
		D-11 口唇留癖がある	☐	☐	
		D-12 舌の嚥に異常がある	☐	☐	
その他	栄養 (体格)	D-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数 ¹⁾ で評価) 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐	
		D-14 口呼吸がある	☐	☐	
	D-15 口蓋扁桃等に肥大がある	☐			
	D-16 睡眠時のいびきがある	☐			
	D-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐			
	その他	D-18 上記以外の問題点 (_____)	☐		
口唇閉鎖力検査 (_____ N)			☐	☐	
舌圧検査 (_____ kPa)			☐	☐	

「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。

C-10 口唇の閉鎖不全がある

保護者への問診、視診からずっと口を開けている所見がみられる。

視診で口 腔周囲筋、口唇の筋緊張の有無を判断（無力唇）する。

口唇閉鎖を指示した 際にオトガイ部に緊張がみられる。

安静時に口唇閉鎖を認めず、口が開いて いる。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A	B	C		D	管理の 必要性
機能	分類	項目		該当項目	
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある		☐	☐
		C-2 機能的因子による歯列-咬合の異常がある		☐	
		C-3 咀嚼に影響するうねがある		☐	
		C-4 強く噛みしめられない		☐	
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる		☐	
		C-6 嚥下嚥がある		☐	
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の嚥存）がみられる（離乳完了後）		☐	☐
	嚥下機能	C-8 嚥下量・食べる量、回数がますます減り少なすぎたりムラがあるなど		☐	☐
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、変形などがある）		☐	☐
		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）		☐	☐
		C-11 口唇閉鎖不全がある（安静時に口唇閉鎖を認めない）		☐	☐
その他	栄養 (体格)	C-12 舌の嚥に異常がある		☐	☐
		C-13 やせ、または肥満である		☐	☐
	その他	栄養 (体格) (カウプ指数、ローレル指数で評価) 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数 + ローレル指数:		☐	☐
		C-14 口呼吸がある		☐	☐
		C-15 口蓋軟組織等に肥大がある		☐	
		C-16 睡眠時のいびきがある		☐	
C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）		☐			
		C-18 上記以外の問題点 ()		☐	
口唇閉鎖力検査 (_____ N)		☐	☐		
舌圧検査 (_____ kPa)		☐	☐		

「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。

C-1 1 口腔習癖がある

乳歯列完成期以降（3歳以降）において、
吸指癖、舌突出癖、弄舌癖、咬唇癖、吸唇癖等が
頻繁に認められる。

吸唇癖



別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性	
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の咬出に遅れがある	☐	☐	
		C-2 機能的両手による歯列-咬合の異常がある	☐		
		C-3 咀嚼に影響するうねがある	☐		
		C-4 強く噛みしめられない	☐		
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		C-6 偏咀嚼がある	☐		
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の存在）がみられる（離乳完了後）	☐	☐	
	食行動	C-8 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など	☐	☐	
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、変みなどがある）	☐	☐	
		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）	☐	☐	
		C-11 口唇閉鎖がある	☐	☐	
		C-12 舌小帯に異常がある	☐	☐	
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数 [※] で評価) 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐	
	その他	C-14 口呼吸がある	☐	☐	
		C-15 口蓋陥凹等に肥大がある	☐		
		C-16 睡眠時のうねがある	☐		
	C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐			
	C-18 上記以外の問題点 (_____)	☐			
口唇閉鎖力検査 (_____ N)			☐	☐	
舌圧検査 (_____ kPa)			☐	☐	

「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。

C-12 舌小帯に異常がある (舌挙上時の分葉舌等、舌小帯の運動制限を認める)

舌小帯短縮症を呈している

- ①舌尖を歯列の外に出すことができない。
- ②開口時に舌尖で口唇に触れることができない。
- ③前方運動、垂直運動、側方運動、ポッピング等が困難である。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性	
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある	☐	☐	
		C-2 機能的不手による歯列咬合の異常がある	☐		
		C-3 咀嚼に影響するうねがある	☐		
		C-4 強く噛みしめられない	☐		
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		C-6 偏咀嚼がある	☐		
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の存在）がみられる（離乳完了後）	☐	☐	
	食行動	C-8 哺乳量・食べる量、回数が多かったり少なすぎたりムラがあるなど	☐	☐	
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（舌の置換、省略、変形などがある）	☐	☐	
		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）	☐	☐	
		C-11 口唇習癖がある	☐	☐	
		C-12 舌の嚥に異常がある	☐	☐	
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数 [※] で評価) 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐	
		C-14 口呼吸がある	☐	☐	
	C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	☐			
	C-16 睡眠時のうねがある	☐			
	C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐			
	その他	C-18 上記以外の問題点 (_____)	☐		
口唇閉鎖力検査 (_____ N)			☐	☐	
舌圧検査 (_____ kPa)			☐	☐	

「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。

C-14 口呼吸がある

鼻閉がない状態で口呼吸（習慣性口呼吸がみられる）

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性	
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある	☐	☐	
		C-2 機能的手による歯列-咬合の異常がある	☐		
		C-3 咀嚼に影響するうねがある	☐		
		C-4 強く噛みしめられない	☐		
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		C-6 偏咀嚼がある	☐		
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の存在）がみられる（離乳完了後）	☐	☐	
	嚥行動	C-8 哺乳量・食べる量、回数がますます減少する傾向があるなど	☐	☐	
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（舌の位置、省略、変形などがある）	☐	☐	
		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）	☐	☐	
		C-11 口唇閉鎖がある	☐	☐	
		C-12 舌の嚥に異常がある	☐	☐	
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数 [※] で評価) 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐	
		C-14 口呼吸がある	☐	☐	
	C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	☐			
	C-16 睡眠時のいびきがある	☐			
	C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐			
その他	C-18 上記以外の問題点 (_____)	☐			
口唇閉鎖力検査 (_____ N)			☐	☐	
舌圧検査 (_____ kPa)			☐	☐	

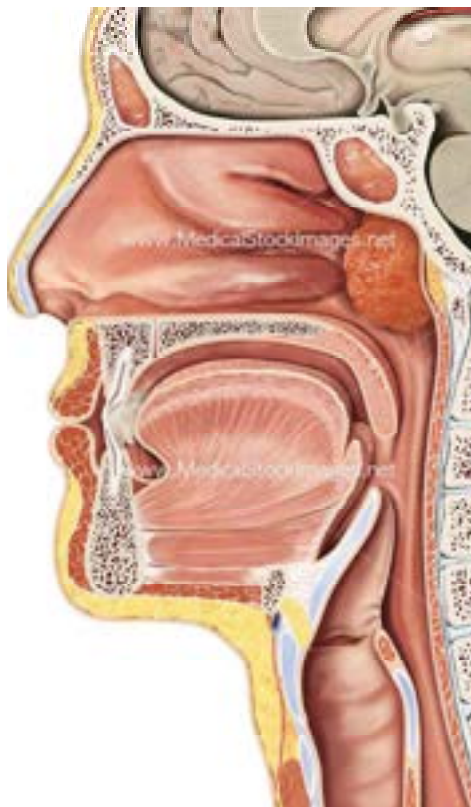
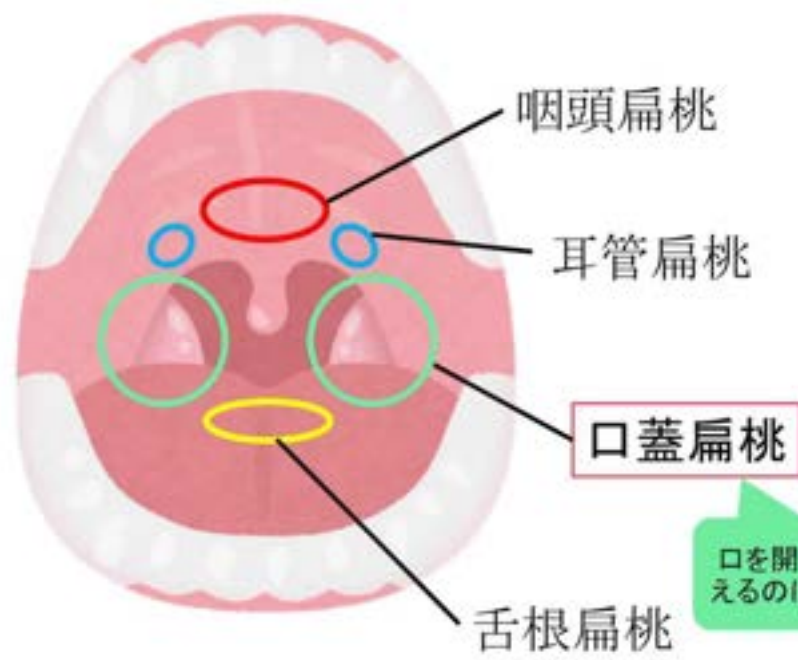
「上記以外の問題点」とは口腔機能発達評価マニュアルのステージ別チェックリストの該当する項目がある場合に記入する。

C-15 口蓋扁桃等に肥大がある

保護者への問診によって、

①物を飲み込みにくそうにしている様子がある

②睡眠時、最初は仰臥位で寝ていてもいつのまにか側臥位やうつ伏せで寝ている 事が多い



別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A 機能	B 分類	C 項目	D 該当項目	管理の 必要性	
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の萌出に遅れがある	☐	☐	
		C-2 機能的不手による歯列咬合の異常がある	☐		
		C-3 咀嚼に影響するうねがある	☐		
		C-4 強く噛みしめられない	☐		
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		C-6 偏咀嚼がある	☐		
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の存在）がみられる（離乳完了後）	☐	☐	
食行動	C-8 哺乳量・食べる量、回数があまりたり少なすぎたりムラがあるなど	☐	☐		
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、変みなどがある）	☐	☐	
		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）	☐	☐	
		C-11 口唇留歯がある	☐	☐	
		C-12 舌の嚥に異常がある	☐	☐	
その他	栄養 (体格)	C-13 やせ、または肥満である (カウプ指数、ローレル指数 [※] で評価) 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐	
		C-14 口呼吸がある	☐	☐	
	C-15 口蓋扁桃等に肥大がある	☐			
	C-16 睡眠時のいびきがある	☐			
	C-17 舌を口蓋に押しつける力が強い（低舌圧である）	☐			
	その他	C-18 上記以外の問題点 (_____)	☐	☐	
口唇閉鎖力検査 (_____ N)		☐	☐		
舌圧検査 (_____ kPa)		☐	☐		

「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。

C-16 睡眠時のいびきがある

鼻閉のない状態で、睡眠時にいびきがみられることが多い。

別紙2 「口腔機能発達不全症」チェックリスト（離乳完了後）

No.	氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 月
A	B	C	D	管理の必要性	
機能	分類	項目	該当項目		
食べる	咀嚼機能	C-1 歯の咬出に遅れがある	☐	☐	
		C-2 機能の両手による歯列咬合の異常がある	☐		
		C-3 咀嚼に影響するうねがある	☐		
		C-4 強く噛みしめられない	☐		
		C-5 咀嚼時間が長すぎる、短すぎる	☐		
		C-6 偏咀嚼がある	☐		
	嚥下機能	C-7 舌の突出（乳児嚥下の存在）がみられる（離乳完了後）	☐	☐	
食行動	C-8 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など	☐	☐		
話す	構音機能	C-9 構音に障害がある（音の置換、省略、変形などがある）	☐	☐	
		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）	☐	☐	
		C-11 口唇運動がある	☐	☐	
		C-12 舌の嚥に異常がある	☐	☐	
その他	栄養（体格）	C-13 やせ、または肥満である （カウプ指数、ローレル指数で評価） 現在 体重 _____ kg、身長 _____ cm カウプ指数・ローレル指数:	☐	☐	
		C-14 口呼吸がある	☐	☐	
	C-15 口蓋陥凹等に肥大がある	☐			
	C-16 睡眠時のうげきがある	☐			
	C-17 舌を口蓋に押しつける力が弱い（低舌圧である）	☐			
	その他	C-18 上記以外の問題点 (_____)	☐	☐	
口唇閉鎖力検査 (_____ N)			☐	☐	
舌圧検査 (_____ kPa)			☐	☐	

「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。

C-18 上記以外の問題点

- 口唇裂、口蓋裂、唇顎口蓋裂や小帯異常などの口唇、歯槽の形態に異常がある（裂奇形などで形成手術後も含む）。
- 以下のような誤嚥を疑う所見がある場合など。
嚥下時に鼻腔に食物・水分の漏れがみられる（鼻咽腔閉鎖不全）
嚥下前後、嚥下時のムセがある。
- 保護者への問診から、なかなか飲み込まない、口の中の食物を吸う、遊びながら食べる、飲料で流し込んで飲み込む、食べこぼしが多い。

小機能を算定するに当たっては

口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、

患者等に対して説明するとともに、

管理計画に係る情報を文書により提供し、

提供した文書の写しをカルテに添付

口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定

口腔機能評価・管理計画表			
氏名	診療科	病室	医師
田中 太郎	消化器科	101	山田 一郎
評価項目			
咀嚼機能	咀嚼力	咀嚼回数	咀嚼回数/分
嚥下機能	嚥下力	嚥下回数	嚥下回数/分
言語機能	発声力	発声回数	発声回数/分
口腔機能	口腔機能	口腔機能	口腔機能
評価結果			
咀嚼機能	咀嚼力	咀嚼回数	咀嚼回数/分
嚥下機能	嚥下力	嚥下回数	嚥下回数/分
言語機能	発声力	発声回数	発声回数/分
口腔機能	口腔機能	口腔機能	口腔機能
管理計画			
咀嚼機能	咀嚼力	咀嚼回数	咀嚼回数/分
嚥下機能	嚥下力	嚥下回数	嚥下回数/分
言語機能	発声力	発声回数	発声回数/分
口腔機能	口腔機能	口腔機能	口腔機能

小児口唇閉鎖力検査

- 1回につき 100点
- 3か月に1回に限り算定する。
- 傷病名：口腔機能発達不全症

SHOFUりっぷるくん



舌圧検査

- 1回につき140点
- 3月に1回に限り算定
- 傷病名：口腔機能発達不全症、口腔機能低下症

舌圧測定器（TPM-02E）

