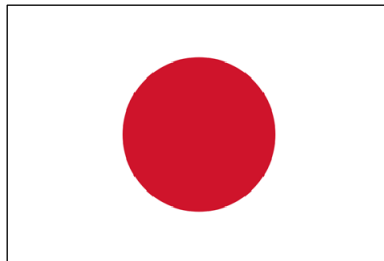




# Nordic Orofacial Test - Screening

北欧口腔顔面機能スクリーニングテスト

## NOT-S



NOT-S はNFH (the Nordic Association for Disability and Oral Health)の協賛のもと、以下の者により開発されました。

*Merete Bakke, Copenhagen, Birgitta Bergendal, Jönköping, Anita McAllister, Linköping  
Lotta Sjögren, Gothenburg, Pamela Åsten, Oslo*

このアセスメント表は、こちらからダウンロードできます。

<http://mun-h-center.se/en/Mun-H-Center/Mun-H-Center-E/>

アセスメント表に付随するイラスト小冊子は、Mun-H-Centerのウェブショップにて、または電話での注文購入が可能です。

☎ 国番号(46)- 31 750 92 00

# Nordic Orofacial Test **NOT-S** – スクリーニング(対象年齢 3 才以上)

**NOT-S**は、言語障害、咀嚼障害、嚥下障害が認められる患者に対してご使用ください。

Interviewは構造化面接になっています。評価者は質問や説明、さらに必要に応じて、追加の質問を行い、回答を基に、判定を用紙へ記入してください。

**NOT-S Interview**は感覚機能、呼吸、習癖、咀嚼及び嚥下、流涎、口腔乾燥 (I-VI)に関する6項目から構成されています。

**NOT-S Examination**は、安静時の顔貌、鼻呼吸、表情、咀嚼筋及び顎機能、口腔領域の運動機能、言語機能 (1-6)に関する6項目から構成されています。

イラスト付きのマニュアルはExaminationで使用してください。

国籍	デンマーク	アイスランド	ノルウェー	スウェーデン	フィンランド	その他	
	ク	ンド	エー	ーデン	ド		_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	言語聴覚士	歯科医	内科医	理学療法士	その他		
評価者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
検査日							_ _ _ _ _ _ _  y y y y m m d d

生年月日	_ _ _ _ _ _ _	♀ <input type="checkbox"/>	♂ <input type="checkbox"/>
	y y y y m m d d		
氏名/ID			

一次診断 (具体的な疾病を一つ明記してください)

疾病コード (ICD-10):

検査時の体位	<input type="checkbox"/> 座位
	<input type="checkbox"/> 仰臥位
座位の頭位	<input type="checkbox"/> 正常 (前後左右に傾斜していない)
	<input type="checkbox"/> 異常
回答時の介助者の有無	<input type="checkbox"/>

<b>Code for screening</b>	<b>X = はい</b>	1つのセクションで、一つ以上の項目にはいと回答した場合、右端のチェックボックスに1と記載して下さい
<b>NOT-S score</b> の合計は0から12となる	<b>0 = いいえ</b>	
	<b>- = 未評価</b>	

<b>NOT-S</b>	<b>Total score</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
--------------	--

# NOT-S interview

SCORE

<b>I</b>	<b>感覚機能</b> A. 歯磨きをしている時に嘔吐反射が誘発されますか？ それはほぼ毎回おこりますか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: 不快、嘔吐、拒絶などのあきらかな不快感を認める。(知覚の亢進、過敏)			
	B. 咀嚼が困難になるほど、食物を口に入れる事がありますか？ それは毎日ありますか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: 口腔内が満たされた事がわからない。(知覚の鈍麻)			<input type="checkbox"/>
<b>II</b>	<b>呼吸</b> A. 呼吸を補助する器具を使用していますか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: <b>CPAP</b> (Continuous Positive Airway Pressure : 経鼻的持続陽圧呼吸療法に用いられる機器)、人工呼吸器、酸素、他			
	B. 睡眠時に大きな鼾をかきますか？それはほぼ毎晩ですか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: 鼾、もしくは無呼吸がある場合は、認められると判定して下さい。 喘息やアレルギーの症状であれば評価に含めません。			<input type="checkbox"/>
<b>III</b>	<b>習癖</b> A. 毎日爪を噛んだり、指、もしくは他の物をしゃぶる癖がありますか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: 5歳児未満のおしゃぶりの使用や手指の吸啜は評価に含めません。			
	B. 口唇、舌、頬を毎日吸ったり噛んだりしますか？ <input type="checkbox"/>			
	C. 日中に強く噛みしめたり、歯軋りする事がありますか？ <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<b>IV</b>	<b>咀嚼及び嚥下</b> A. 口から物が食べられませんか？(鼻腔栄養チューブ、胃瘻増設術、他) <input type="checkbox"/> 該当者はB-Eの設問を省略してください。			
	B. 食物の性状により、食べることが困難な食品はありますか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: ベジタリアン、完全菜食主義者、穀質を含まない食品しか食べられないなどの、特殊な食習慣やアレルギーの患者は評価に含めません			
	C. 夕食を食べるのに30分以上かかりますか？ <input type="checkbox"/>			
	D. 咀嚼することなく大きなまま食塊を飲み込みますか？ <input type="checkbox"/>			
	E. 食事中によくせき込みますか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: ほぼ毎食ある			<input type="checkbox"/>
<b>V</b>	<b>流涎</b> A. ほぼ毎日、口角や顎に唾液が付着していますか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: 口を拭き取る必要があれば認められると判定してください。就寝中は評価に含めません。			<input type="checkbox"/>
<b>VI</b>	<b>口腔乾燥</b> A. 飲み物を飲まないときクラッカーを食べることができませんか？ <input type="checkbox"/>			
	B. 口腔内や舌の粘膜の痛みで困ったことはありますか？ <input type="checkbox"/>			
	注釈: 一週間に一回以上の頻度で再発性の痛みや灼熱感がある場合は、認められると判定してください。歯痛や小疱疹(水泡様病変)は評価に含めません。			<input type="checkbox"/>

Name/ID:	<b>NOT-S interview</b>	合計 <input type="checkbox"/>
----------	------------------------	-----------------------------

