

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

1. 口腔機能改善指導計画

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 2次予防 <input type="checkbox"/> 予防給付 (1 2)			
氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日 生まれ () 歳
初回作成日	年 月 日	作成者氏名:			職種	
作成(変更)日	年 月 日	作成者氏名:			職種	
ご本人またはご家族の希望						
解決すべき課題・目標						

【実施計画】(実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」に記入する。)

専門職の実施項目 (専門的サービス)	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する健康教育 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口の清掃実地指導 <input type="checkbox"/> 発音、発声、呼吸 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下に関する指導・訓練 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導 <input type="checkbox"/> その他(
関係職種又は専門 職種の実施項目 (基本的サービス)	<input type="checkbox"/> 口の清掃支援 <input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操、口腔機能向上ゲーム <input type="checkbox"/> セルフケアの確認 <input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導、食介助 <input type="checkbox"/> 発音、発声、呼吸 <input type="checkbox"/> その他(
家庭での実施項目 (セルフケア)	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操 <input type="checkbox"/> 口の清掃の実施 <input type="checkbox"/> その他((歯 義歯 舌 その他)

2. 口腔機能向上サービスの実施記録(実施項目をチェックし、*内容を記入する。)

実施年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
担当者名:						
I. 口腔機能向上に関する健康教育						
II. 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)						
III. 口腔衛生に関する指導(歯・義歯・舌、支援・実施含む)						
IV. 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)						
V. 食事姿勢や食環境についての指導						
VI. その他 ()						

* 記入内容に関しては、実施内容例 参照

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

--