

別添資料 5-3 口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録（例）

（ふりがな） 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日	生まれ
--------------	--	--	--	---	---	---	-----

1. 口腔機能改善管理指導計画

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。）

関連職種又は 専門職種の 実施項目	指導等	<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 歯みがき支援	<input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境の指導
	その他				
専門職の実 施項目	機能訓練	<input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導	<input type="checkbox"/> かむ	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声 <input type="checkbox"/> 呼吸
	その他				
家庭での実 施項目	本人	<input type="checkbox"/> 口腔体操・嚥下体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
	介護者	<input type="checkbox"/> 歯みがき支援 （確認・声かけ・介助）	<input type="checkbox"/> 口腔体操等支援	<input type="checkbox"/> 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、必要に応じて記入する。）

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：	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名	担当者名
<input type="checkbox"/> 口腔機能向上に関する情報提供						
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能に関する訓練(指導)						
<input type="checkbox"/> 口腔衛生に関する指導 (歯・義歯・舌, 支援・実施含む)						
<input type="checkbox"/> 発音・発声・呼吸に関する訓練(指導)						
<input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境についての指導						
<input type="checkbox"/> その他 ()						

特記事項（注意すべき点、利用者の変化等）