

口腔機能向上サービスの管理指導計画・実施記録

フリガナ		□男 □女	
氏名			生まれ

1. 口腔機能改善管理指導計画

※:内容を通所介護計画、通所リハ計画、介護予防通所介護計画、介護予防通所リハ計画に記載する場合は不要

初回作成日		作成者氏名:	職種:
作成(変更)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	□口腔機能向上に関する情報提供 □口腔体操・嚥下体操 □歯みがき支援 □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	□歯みがき実施指導 □かむ □飲み込み □発音・発声 □呼吸		
	その他			
家庭での実施項目	本人	□口腔体操・嚥下体操 □歯みがきの実施 □その他 ()		
	介護者	□歯みがき支援(確認・声かけ・介助) □口腔体操等支援 □その他 ()		
サービスの説明と同意	開始時:	同意者: □本人 □家族 □その他 ()	担当者名:	
	継続時:	同意者: □本人 □家族 □その他 ()	担当者名:	

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

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)
