

(様式 8 - 3)

口腔機能向上サービスの経過記録

目標(ゴール)

氏名

	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
実施日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
開始・終了時刻	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
指導の要点					
課題・改善点等					
口腔清掃方法等 変更の必要性					
特記事項					
担当者の署名					