様式5（短期集中通所口腔ケアサービス）

短期集中通所口腔ケアサービス利用状況（　　年　　月分）

歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者番号	
氏　　名	
生年月日	明・大・昭　　・　　・　　生
担当地域包括支援センター	地域包括支援センター

《利用開始日》

年　　月　　日

《利用状況》

実施日	時　間	利用回数	確認印
／　（　）	時　　分～　　時　　分	回目	
／　（　）	時　　分～　　時　　分	回目	
／　（　）	時　　分～　　時　　分	回目	

《利用者負担》

1割　　・　　無