

短期集中通所口腔ケアサービス利用状況(年 月分)

齒科医院名

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 （委託先： 居宅介護支援事業所）

《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