

介護予防事業報告書

広島市

地域包括支援センター長 様

作成日 年 月 日

次のとおり報告します。

利用者氏名

項 目		サービス開始時 (月 日)			3ヶ月後 (月 日)		
口腔機能向上	舌苔 (口腔清掃)	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	歯又は義歯の汚れ (口腔清掃)	1 なし・少量	2 中程度	3 多量	1 なし・少量	2 中程度	3 多量
	反復唾液嚥下テスト (摂食・嚥下機能)	回			回		
	頬の膨らまし (摂食・嚥下機能)	1 十分	2 やや不十分	3 不十分	1 十分	2 やや不十分	3 不十分
	目標の達成度、サービス継続の必要性等						

総合的評価

所属 (事業所)

作成担当者氏名