

短期集中通所口腔ケアサービス実施報告書

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

歯科医院名

作成担当者氏名