

紹介書

この用紙は、地域包括支援センターへお渡しください。

- チェック： ☐ 対象者は65歳以上で要介護1～5の認定を受けていません
☐ チェックリストで口腔機能の3項目のうち2項目以上に該当します

13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい・いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい・いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい・いいえ

- ☐ 通所口腔ケアの利用を承諾しています
☐ 市、地域包括支援センターに情報を提供することに同意しています
☐ 後日、地域包括支援センターから連絡があることを説明済みです

対象者の名前は _____ 様

住所は _____

生年月日は _____ 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号は _____

紹介元歯科医院： _____

電話番号： _____

代表者(担当者)名： _____

ケアプラン作成に当たっての意見

- 基本チェックリストにより口腔機能低下に該当し、短期集中通所口腔ケアサービスが必要です。
- 緑色ペコぱんだが押し潰せない場合は、舌筋機能が低下している可能性があります。
- 口腔機能の低下は、窒息・誤嚥等の直接的なリスクの他、低栄養や、気道感染、肺炎等の様々なリスク要因であり、身体機能や認知機能の低下にも大きく関連しています。
- 通所口腔ケアは、運動や栄養の短期集中プログラムの効果をより高めます。
- その他特記事項