

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
(居宅介護支援事業所：)

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
	※舌圧計（摂食・嚥下機能） （実施した場合に記入）	kPa			kPa		
	※舌トレーニング用具（摂食・嚥下機能） （実施した場合に記入）	1 簡単に潰せる	2 潰せる	3 潰せない	1 簡単に潰せる	2 潰せる	3 潰せない
目標の達成度、サービス継続の必要性等							

綜合的評價	
-------	--

齒科医院名

作成担当者氏名