

短期集中通所口腔ケアサービス利用状況(                      年                      月分)

歯科医院名 \_\_\_\_\_

介護保険 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 又は居宅介護支援事業所	地域包括支援センター (                      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	加 算*	利用者 確認印又はサイン
/ ( )	時 分 ～ 時 分	回目	<input type="checkbox"/> 舌圧計【                      kPa】 <input type="checkbox"/> 舌トレーニング用具【                      】 (緑ペコぼんだ)	
/ ( )	時 分 ～ 時 分	回目	<input type="checkbox"/> 舌圧計【                      kPa】 <input type="checkbox"/> 舌トレーニング用具【                      】 (緑ペコぼんだ)	
/ ( )	時 分 ～ 時 分	回目	<input type="checkbox"/> 舌圧計【                      kPa】 <input type="checkbox"/> 舌トレーニング用具【                      】 (緑ペコぼんだ)	

※ サービス利用開始日及び終了日に実施した場合に効果測定・評価加算が算定されます。

実施した場合は☑を記入し、舌圧計については計測結果を、ペコぼんだについては潰せた場合は「○」、潰せない場合は「×」を【                      】内に記入してください。(効果測定・評価加算はいずれか一方のみ算定されます。)

《利用者負担》                      いずれか該当する方に○をつけてください。

1割                      ・                      無