

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) |

| |
|-----------|
| 《サービス開始日》 |
| 年 月 日 |

| | |
|-----------|----------------|
| 《サービス最終回》 | 利用効果(該当するものに○) |
| 年 月 日 | 改善・維持・悪化 |

※ 利用最終回(原則として7回目)に記入してください。

※ 利用効果:サービス前後の口腔機能アセスメント結果を総合して判定

《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【 】 (緑ペコぱんだ) | |
| / () | 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【 】 (緑ペコぱんだ) | |
| / () | 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【 】 (緑ペコぱんだ) | |

※ 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、ペコぱ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