

短期集中通所口腔ケアサービス利用状況( 年 月分)

(初回日及び終了日が属する月は、口腔機能アセスメント票(様式2)の写しを添付してください)

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)

《サービス初回日》
年 月 日

《サービス終了日》
年 月 日

《利用状況》

実施日	時 間	利用回数	効果判定・評価加算※	利用者 確認印又はサイン
月 日	時 分 ～ 時 分	回目	<input type="checkbox"/> 舌圧計 <input type="checkbox"/> 舌トレーニング用具 (緑ペコぱんだ)	
月 日	時 分 ～ 時 分	回目	<input type="checkbox"/> 舌圧計 <input type="checkbox"/> 舌トレーニング用具 (緑ペコぱんだ)	
月 日	時 分 ～ 時 分	回目	<input type="checkbox"/> 舌圧計 <input type="checkbox"/> 舌トレーニング用具 (緑ペコぱんだ)	

※ サービス利用初回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☑を記入してください。舌圧計と舌トレーニング用具の両方を実施した場合は、舌圧計のみ算定されま

《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