

通所口腔ケアサービス経過記録

目標(ゴール)

氏名	
----	--

回数	実施日	時間	指導の要点 (課題・改善点等)	特記事項 (口腔状況等)	担当者名
1回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
2回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
3回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
4回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
5回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
6回目	月 日	時 分 ～ 時 分			
7回目	月 日	時 分 ～ 時 分			