様式4（短期集中通所口腔ケアサービス）

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	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	
月　　日	時　　分 ～　　時　　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （緑ペコぱんだ）	
月　　日	時　　分 ～　　時　　分	回目	□ 舌圧計 □ 舌ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ用具 （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