別紙６

紹　介　書

この用紙は，地域包括支援センターへお渡しください。

チェック：　□　対象者は６５歳以上で要介護１～５の認定を受けていません
□　チェックリストで口腔機能の３項目のうち２項目以上に該当します

13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	はい・いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい・いいえ
15	口の渇きが気になりますか	はい・いいえ

□　通所口腔ケアの利用を承諾しています
□　市，地域包括支援センターに情報を提供することに同意しています
□　後日，地域包括支援センターから連絡があることを説明済です

対象者の名前は　　様

住所は

生年月日は　大正・昭和　　年　　月　　日

電話番号は

紹介元歯科医院：

電話番号：

代表者(担当者)名：

ケアプラン作成にあたっての意見

◆基本チェックリストにより口腔機能低下に該当し、短期集中通所口腔ケアサービスが必要です。
◆緑色ペコぱんだが押し潰せない場合は，舌筋機能が低下している可能性があります。
◆口腔機能の低下は，窒息・誤嚥等の直接的なリスクの他，低栄養や，気道感染，肺炎等の様々なリスク要因であり，身体機能や認知機能の低下にも大きく関連しています。
◆通所口腔ケアは、運動や栄養の短期集中プログラムの効果をより高めます。
◆その他特記事項