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			