

【ご自身のお口の中や義歯の清掃と、
おいしく食べる働きを維持したり、高めるための計画書】

データ No _____

〈 実施口腔ケアプラン ー ・ 〉

氏名 _____ 様 (介護者名) _____ 様	
計画内容 (概略)	頻度
I <u>〈ご自身で行う〉</u> 口や義歯のお手入れ、リハビリ体操など	
<input type="checkbox"/> ① 歯みがき・舌磨き・入れ歯の清掃	1日に _____ 回 (食後)
<input type="checkbox"/> ② 口の働きや、飲み込みのためのリハビリ (健口体操、舌・頬・くちびるの運動など)	1日に _____ 回 (食前)
●お渡しするパンフレット記号 (A B C D)	●適応：
II 基本的サービス：関連職種 (介護一般職員等が行う)	
<input type="checkbox"/> ① 口腔清掃の実施観察・介助	週・()ヶ月に _____ 回
<input type="checkbox"/> ② 日常的にできる口腔機能向上のための訓練	週・()ヶ月に _____ 回
III 専門的サービス：サービス担当者 (看護師、衛生士等が行う)	
<input type="checkbox"/> ① 口腔機能向上のための教育	週・()ヶ月に _____ 回
<input type="checkbox"/> ② 口腔清掃の指導	週・()ヶ月に _____ 回
<input type="checkbox"/> ③ 口腔清掃の実施・介助	週・()ヶ月に _____ 回
<input type="checkbox"/> ④ 摂食・嚥下機能に関する機能訓練の指導・実施	週・()ヶ月に _____ 回
■ ご自身の目標：	
■ 特に気を付けて頂きたいこと：	
◆ モニタリングの予定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (概ね1ヶ月ごと) ☞IVへ	
◆ 再アセスメントの予定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (概ね3ヶ月ごと) ☞IIへ	

▶計画策定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ▶計画策定者氏名 _____

利用者同意サイン	続柄
----------	----

▶担当者名 _____ 施設職員 (職種) _____
 _____ 歯科衛生士 _____
 _____ 歯科医師 ・ 医師 _____