

《提供経過記録表》 *サービス実施者が毎回記録する (必要ならモニタリング表も記載する)

お名前	様	担当者名							
口腔機能向上サービス 実施記録		月/日	/	/	/	/	/	/	/
		年							
		時間							

《モニタリング表》 *月に1度はサービス提供者 (看護師、衛生士、言語聴覚士) がチェックする

認定調査項目	嚥下	・できる以外 (見守り等 or できない)							
	食事摂取	・自立以外 (見守り・介助必要)							
	口腔清潔	・自立以外 (一部 or 全介助)							
基本チェックリスト	・半年前に比べ固い物が食べ難くなった								
	・お茶や汁物等でむせることがある								
	・口の渇きが気になる								
16)口腔内・義歯の衛生状態	1 不良 2 良好								
17)口臭	1 強い 2 少しあり 3 なし								
18)舌苔	1 多量 2 あり 3 なし								
19)頬の膨らまし	1 不十分 2 十分								
20)咬筋緊張度の触診	(右) 1 無し or 弱 2 強 (左) 1 無し or 弱 2 強								
21)舌運動	1 不可能 or 不完全 2 可能								
*評価	1 改善 2 維持 3 悪化								
*計画変更の必要性		無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	無・有	