

資料V

【口腔機能向上サービス・実施報告書】

■ 報告日 平成 年 月 日

〈 報告先 〉	<input type="checkbox"/> ご利用者・ご家族様 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所所属 ケアマネージャー様 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター所属 保健師・看護師様
〈 お名前 〉	.....様
事業所名・Tel・Fax	Tel ( ) Fax ( )

以下〈口腔機能向上サービス〉に関し結果をご報告致します

■ 報告者 事業所名 Tel ( )

氏名

■ 転帰（今後の予定）	<input type="checkbox"/> 継続 《 <input type="checkbox"/> 口腔衛生に問題あり》 《 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能に問題あり》 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 中断（理由： ）
■ 達成度（効果）	<input type="checkbox"/> 効果あり..... <input type="checkbox"/> 効果なし..... <input type="checkbox"/> 不明
■ 他の介護関連サービスの必要性	<input type="checkbox"/> あり..... <input type="checkbox"/> なし
■ 医療機関受診の必要性	<input type="checkbox"/> あり..... <input type="checkbox"/> なし
■ ご自宅での継続に関するアドバイス	

利用者同意欄	同意サイン	(続柄 )	同意日 年 月 日
--------	-------	-------	-----------