

LIFEに連携する項目の上限文字数

口腔機能向上サービスに関する計画書

作成日：

作成者：

利用者氏名		性別	生年月日	年齢	要介護度
	様				
かかりつけ歯科医	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
食形態等	<input type="checkbox"/> 経口摂取 (<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食(<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0t <input type="checkbox"/> 0j) <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養				
誤嚥性肺炎の発症・罹患	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (発症日：) (発症日：) (発症日：) (発症日：) (発症日：)				

1. スクリーニング・アセスメント・モニタリング

【実施日】		【プロセス】			【記入者】		
					【記入者職種】		
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> 口腔機能の状態	<input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯(う蝕、修復物脱離等)、義歯(義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他の疾患の可能性			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 100文字 </div>			

【実施日】		【プロセス】			【記入者】		
					【記入者職種】		
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> 口腔機能の状態	<input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯(う蝕、修復物脱離等)、義歯(義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他の疾患の可能性			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 100文字 </div>			

【実施日】		【プロセス】			【記入者】		
					【記入者職種】		
口腔衛生状態	<input type="checkbox"/> 臭 <input type="checkbox"/> 歯の汚れ <input type="checkbox"/> 義歯の汚れ <input type="checkbox"/> 舌苔	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない	<input type="checkbox"/> 口腔機能の状態	<input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 舌の動きが悪い <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 痰がらみ <input type="checkbox"/> 口腔乾燥	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない		
特記事項	<input type="checkbox"/> 歯(う蝕、修復物脱離等)、義歯(義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の疾患の可能性 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する疾患の可能性 <input type="checkbox"/> その他の疾患の可能性			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 100文字 </div>			

口腔機能向上サービスに関する計画書

作成日：
作成者：

2. 口腔機能改善管理計画 計画作成日 令和03年09月13日

計画立案者	計画立案者職種	サービス提供者職種
目標	<input type="checkbox"/> 口腔衛生（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 食形態（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善）	<input type="checkbox"/> 音声・言語機能（ <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善） <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の予防 <input type="checkbox"/> その他
	50文字	50文字
	50文字	50文字
	50文字	50文字
実施内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> その他（実施内容を記載） 50文字

3. 実施記録

実施日	担当者	職種
<input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施	その他 (内容) 50文字
<input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施	その他 (内容) 50文字
<input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施	その他 (内容) 50文字
<input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施	その他 (内容) 50文字
<input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施	その他 (内容) 50文字
<input type="checkbox"/> 口腔清掃、口腔清掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 <input type="checkbox"/> 音声・言語機能に関する指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施	その他 (内容) 50文字

4. 特記事項

200文字

上記計画書の内容を説明し交付しました。

交付日	年 月 日
交付者署名欄	印

上記計画書の説明を受け内容の同意をしました。

同意日	年 月 日
利用者同意署名欄 (代筆者署名欄)	印