

() さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画（例）

わたしのゴール

--

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度等も含む。）	実施期間 評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者： _____ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）
 初回作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 作成(変更)日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※①サービス担当者が実施する計画、②関連職員が実施する計画、③利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。