【歯科衛生士 ⇒ 患者･ご家族様宛】

書類-⑥

口 腔 機 能 改 善 管 理 指 導 計 画 書

（居宅療養管理・指導計画説明書）

患者名: 様　　ご家族様名 様

発効日: 年 月 日　訪問予定期間: 年 月 日まで　訪問頻度: 回 （ 週 ・月 ）

利用者の疾病状況	
口腔衛生に関する事	・口腔内の清掃等 ・義歯の清掃等
摂食・嚥下機能に関する事柄	
食生活に関する事項	
家庭において療養上必要な事項 (実地内容等)	
その他 (関連職種が共同で取り組むべき事項など)	
保険医療機関名	
所在地 〒 電話番号	FAX
担当歯科医師名	印
担当歯科衛生士署名	

※私は当説明書の内容について説明を受け、同意し交付を受けました

利用者同意サイン ：

年 月 日