

【居宅療養管理指導・訪問歯科衛生指導報告書】

報告日 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 _____

〈居宅療養管理・訪問歯科衛生指導〉に関しご報告致します

■ 報告者

Tel _____

Fax _____

歯科医師名_____
歯科衛生士名

■ 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"/> 継続 《 <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
--------	-------------------------	-----------