

年

月分

実地指導記録簿 / 報告書(以下の指導等を行いました)

訪問先:		主訴:	
患者氏名	様	性別	歳
			カルテNo
実施日時	口腔内所見	実地指導要点	
年 月 日 :) : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良 ・ 悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯 ・ 義歯 ・ 粘膜 ・ 舌 ・ 清拭 ・ うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌 ・ 頬 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕 ・ 深呼吸 ・ 発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺 ・ 口唇 ・ 舌 ・ 頬 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕) 療養に関する事項 ----- 主治医確認・指示:	
実施日時	口腔内所見	実地指導要点	
年 月 日 :) : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良 ・ 悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯 ・ 義歯 ・ 粘膜 ・ 舌 ・ 清拭 ・ うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌 ・ 頬 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕 ・ 深呼吸 ・ 発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺 ・ 口唇 ・ 舌 ・ 頬 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕) 療養に関する事項 ----- 主治医確認・指示:	
実施日時	口腔内所見	実地指導要点	
年 月 日 :) : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良 ・ 悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯 ・ 義歯 ・ 粘膜 ・ 舌 ・ 清拭 ・ うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌 ・ 頬 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕 ・ 深呼吸 ・ 発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺 ・ 口唇 ・ 舌 ・ 頬 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕) 療養に関する事項 ----- 主治医確認・指示:	
実施日時	口腔内所見	実地指導要点	
年 月 日 :) : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良 ・ 悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷掃に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯 ・ 義歯 ・ 粘膜 ・ 舌 ・ 清拭 ・ うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌 ・ 頬 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕 ・ 深呼吸 ・ 発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺 ・ 口唇 ・ 舌 ・ 頬 ・ 首 ・ 肩 ・ 腕) 療養に関する事項 ----- 主治医確認・指示:	