

資料Ⅲ

【ご自身のお口の中や義歯の清掃と、
おいしく食べる働きを維持したり、高めるための計画書】

データ No _____

〈 口腔ケアプラン — 〉

氏名 _____ 様 (介護者名) _____ 様	
計画内容(概略)	頻度
I <ご自身で行う>口や義歯のお手入れ、リハビリ体操など <input type="checkbox"/> ①歯みがき・舌磨き・入れ歯の清掃 <input type="checkbox"/> ②口の働きや、飲み込みのためのリハビリ (健口体操、舌・頬・くちびるの運動など) ●お渡しするパンフレット記号(A B C D)	1日に _____ 回(食後) 1日に _____ 回(食前) ●適応:
II 基本的サービス:関連職種(介護一般職員等)が行う <input type="checkbox"/> ①口腔清掃の実施観察・介助 <input type="checkbox"/> ②日常的にできる口腔機能向上のための訓練	週・()ヶ月に _____ 回 週・()ヶ月に _____ 回
III 専門的サービス:サービス担当者(Dh・Ns・St が行う) <input type="checkbox"/> ①口腔機能向上のための教育 <input type="checkbox"/> ②口腔清掃の指導 <input type="checkbox"/> ③口腔清掃の実施・介助 <input type="checkbox"/> ④摂食・嚥下機能に関する機能訓練の指導・実施	週・()ヶ月に _____ 回 週・()ヶ月に _____ 回 週・()ヶ月に _____ 回 週・()ヶ月に _____ 回
■ ご自身の目標:	
■ 特に気を付けて頂きたいこと:	
◆モニタリングの予定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(概ね1ヶ月ごと) ⇨表Ⅳ	
◆再アセスメントの予定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日(概ね3ヶ月ごと) ⇨表Ⅱ	

▶計画策定日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ▶計画策定者氏名 _____

利用者同意サイン	続柄
----------	----

▶担当者名 _____ 施設職員(職種)
 _____ 歯科衛生士
 _____ 歯科医師・医師

