

■ 報告日 平成 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 〉	<p style="text-align: right;">様</p>
事業所名・Tel・Fax	<p style="text-align: right;">Tel () Fax ()</p>

以下〈口腔機能向上サービス〉に関し結果をご報告致します

■ 報告者 事業所名 _____ Tel ()

氏名 _____

■ 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"/> 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
--------	----------------------	-----------