

受診	1. 通院	2. 往診
医療機関名		
住所		
氏名		
初診時口腔内所見など		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>①口腔清掃状況(+/-)      ⑦舌苔(有・無)</p> <p>②義歯の清掃状況(+/-)    ⑧流涎(有・無)</p> <p>③歯肉の腫脹・発赤(有・無) ⑨乾燥(有・無)</p> <p>④歯肉からの出血(有・無) ⑩むせ(有・無)</p> <p>⑤開口困難(有・無)        ⑪嗔声(有・無)</p> <p>⑥口臭(有・無)</p> <p>&lt;その他&gt;</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> </div> </div>		
主訴	開始年月日	終了年月日
治療部位	病名	
処置、衛生指導、予定など		

(歯-1)

## 口腔ケア

歯科衛生士

連絡先

### 目標・課題

.....

.....

### 身近な目標

.....

.....

.....

### ご本人に頑張っていたいただくこと

.....

.....

### 介護の方をお願いすること

◇ご家族    ◇支援者

.....

.....

注意点

### 歯科衛生士の行うこと

(      回/月 介入)

.....

.....

.....

### モニタリング

- ・ 年 月 日      口腔状態・機能(◇安定・◇不安定)      ◇継続 ◇変更 ◇中止
- ・ 年 月 日      口腔状態・機能(◇安定・◇不安定)      ◇継続 ◇変更 ◇中止
- ・ 年 月 日      口腔状態・機能(◇安定・◇不安定)      ◇継続 ◇変更 ◇中止
- ・ 年 月 日      口腔状態・機能(◇安定・◇不安定)      ◇継続 ◇変更 ◇中止
- ・ 年 月 日      口腔状態・機能(◇安定・◇不安定)      ◇継続 ◇変更 ◇中止
- ・ 年 月 日      口腔状態・機能(◇安定・◇不安定)      ◇継続 ◇変更 ◇中止

(口腔ケア)