

口腔機能の向上・栄養改善プログラム 指導管理計画・実施記録・総合評価票

氏名	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭
		年 月 日	

1. 指導管理計画（平成__年__月__日 作成）

（ ） さんのご希望・目標	作成者	（職種）

◎実施計画

（実施する項目をチェックし、必要に応じて「その他」にチェックし、記入する）

専門職 実施項目	<input type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導		
	<input type="checkbox"/> 歯みがき指導	<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ	
機能訓練	<input type="checkbox"/> かむ	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> 発音・発声	<input type="checkbox"/> 呼吸法
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
家庭での 実施項目	本人	<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操	<input type="checkbox"/> 歯みがきの実施	<input type="checkbox"/> その他
	家族	<input type="checkbox"/> 歯みがきの支援	<input type="checkbox"/> 確認	<input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他

2. 実施記録

①専門職の実施

（実施項目をチェックし、必要に応じて記入する。）

実施日(月日)	／	／	／	／	／	／
記入者名						
職種						
<input type="checkbox"/> 口腔機能の向上に関する情報提供						
<input type="checkbox"/> 口腔(健口)体操指導						
<input type="checkbox"/> 口腔清掃指導						
<input type="checkbox"/> 口腔清掃の実施						
<input type="checkbox"/> 唾液腺マッサージ指導						
<input type="checkbox"/> 咀嚼機能訓練						
<input type="checkbox"/> 嚥下機能訓練						
<input type="checkbox"/> 発音・発声に関する訓練						
<input type="checkbox"/> 呼吸法に関する訓練						
<input type="checkbox"/> 食事姿勢や食環境についての指導						
<input type="checkbox"/> 食形態の検討						
<input type="checkbox"/>						

特記事項(注意すべき点、利用者の変化等)

②本人の実施

実施内容	実施期間		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	月 日	月 日	~ 月 日	~ 月 日	~ 月 日	~ 月 日	~ 月 日
<input type="checkbox"/> 歯磨き							
<input type="checkbox"/> 構音練習							
<input type="checkbox"/> 準備体操							
<input type="checkbox"/> 飲み込み機能のストレッチ							
<input type="checkbox"/> 発音機能のストレッチ							
<input type="checkbox"/> 口の開閉ストレッチ							
<input type="checkbox"/> 口の開閉とほほ、首のストレッチ							
<input type="checkbox"/> 舌のストレッチ							
<input type="checkbox"/> ほほのストレッチ							
<input type="checkbox"/> 唾液がよく出るためのストレッチ							
<input type="checkbox"/>							

3. 総合評価（平成 年 月 日 <記入者名: 職種: >）

<p>①口腔機能の向上・栄養改善プログラム実施前後で比較しあてはまるものにチェックする</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食事がおいしく感じるようになった</td> <td><input type="checkbox"/> 味がよくわかるようになった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 硬いものが食べ易くなった</td> <td><input type="checkbox"/> むせる事が減った</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口の渴きが気にならなくなった</td> <td><input type="checkbox"/> 食事時間に30分以上かからなくなった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った</td> <td><input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった</td> <td><input type="checkbox"/> 話しやすくなった</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口臭が減った</td> <td><input type="checkbox"/> 会話が増えた</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 元気になった</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (</td> <td>)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 食事がおいしく感じるようになった	<input type="checkbox"/> 味がよくわかるようになった	<input type="checkbox"/> 硬いものが食べ易くなった	<input type="checkbox"/> むせる事が減った	<input type="checkbox"/> 口の渴きが気にならなくなった	<input type="checkbox"/> 食事時間に30分以上かからなくなった	<input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった	<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった	<input type="checkbox"/> 口臭が減った	<input type="checkbox"/> 会話が増えた	<input type="checkbox"/> 元気になった		<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 食事がおいしく感じるようになった	<input type="checkbox"/> 味がよくわかるようになった																	
<input type="checkbox"/> 硬いものが食べ易くなった	<input type="checkbox"/> むせる事が減った																	
<input type="checkbox"/> 口の渴きが気にならなくなった	<input type="checkbox"/> 食事時間に30分以上かからなくなった																	
<input type="checkbox"/> 食べこぼしが減った	<input type="checkbox"/> 薬が飲みやすくなった																	
<input type="checkbox"/> 口の中に食べ物が残らなくなった	<input type="checkbox"/> 話しやすくなった																	
<input type="checkbox"/> 口臭が減った	<input type="checkbox"/> 会話が増えた																	
<input type="checkbox"/> 元気になった																		
<input type="checkbox"/> その他 ()																	
②事業またはサービスを継続しないことによる口腔機能の低下・低栄養の恐れ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり																
③事業またはサービスの継続の有無	<input type="checkbox"/> なし（終了）	<input type="checkbox"/> あり（継続）																
④計画変更の必要性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり																
⑤備考																		