**口腔健康管理プラン票**

作成日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  名　　前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 | | | | | 歯科診療所  歯科医師 | |
| 生年月日　　Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　　年　　　月　　　　日　　　　　歳 | | | | | 歯科衛生士 | |
| 基礎疾患・服薬・病態等 | ＡＤＬ・食事状態 | | 口腔の状態 | | 口腔機能の状況 | |
|  | 要介護度 |  | 咬合 |  | 口唇閉鎖 |  |
| 移動 |  | 義歯 |  | 咀　　嚼 |  |
| 食事姿勢 |  | むし歯 |  | む　　せ |  |
| 栄養摂取 |  | 歯周疾患 |  | 嚥　　下 |  |
| 水分摂取 |  | 粘膜異常 |  | うがい |  |
| 長期目標 | | | | | コミュニケーション法 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課題 | 短期目標 | ケア内容 | 期待される効果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 特記事項 | | | |

|  |
| --- |
| ご本人・ご家族の同意署名 |

歯科診療所　住所 電話番号

２０２０公益社団法人　日本歯科衛生士会