

複合プログラム 口腔個別サービス計画兼評価報告書

(1) 氏名 (才) 生年月日 M・T・S 年 月 日

担当地域包括支援センター

●(2) アセスメント兼評価表

観察項目		評価項目			事前	事後	改善・維持・悪化	
1	BMI	身長	前 cm 後 cm	体重	前 kg 後 kg		改・維・悪	
2	基本チェックリストの 3項目課題確認 (該当する場合は、✓を)	No. 13 半年前に比べて、固いものが食べにくくなりましたか					改・維・悪	
		No. 14 お茶や汁物でむせることがありますか					改・維・悪	
		No. 15 口の渇きがきになりますか					改・維・悪	
3	歯や義歯の汚れ	1 ある	2 中程度	3 ない			改・維・悪	
4	舌の汚れ	1 ある	2 中程度	3 ない			改・維・悪	
5	ブクブクうがい (空ブクブクでも可)	1 できない	2 やや不十分	3 できる			改・維・悪	
6	その他特記事項							
本人の状況に 応じて実施	①	反復唾液 嚥下テスト	30秒間から嚥下が何回できるかを観察(正常:3回以上)		回	回	改・維・悪	
	②	オーラル ディアド コキネシス	10秒間に「パ」「タ」「カ」をそれぞれ何回言えるか測定する		パ	回	回	改・維・悪
					タ	回	回	改・維・悪
				カ	回	回	改・維・悪	
自由記載								

●プラン等

(3)目標			
(4)支援に際し注意する事			
(5)プログラム	【1ヶ月目】記載日:	【2ヶ月目】記載日:	【3ヶ月目】記載日:
(6)実施結果			
(7)モニタリング			
(8)参加回数	回 / 回		
(9)コメント・総合評価			改善・維持・悪化

作成日 H 年 月 日

受託事業者

作成担当者氏名