

()さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画

わたしのゴール

--

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度等も含む。）	実施期間 評価予定

実行や支援にあたって、注意することなど

--

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者： _____ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員）
初回作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
作成(変更)日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

サービス担当者が実施する計画、 関連職員が実施する計画、 利用者又はその家族等が実施する計画とそれに係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。

(子)さんの口腔機能改善管理指導計画・管理指導計画

わたしのゴール

入れ歯をきちんと使って、しっかり噛み
美味しく、楽しく食事ができるようになる

ゴールに向かう 身近な目標	目標達成のための具体的計画（頻度等も含む。）	実施期間 評価予定
口の中を清潔に 保つ	うがいの練習：頬にしっかり力を入れる 粘膜・舌の清掃：スポンジによる清拭 歯ブラシによる舌の ブラッシング	3ヶ月 H19. 月
口の機能の低下を 防ぐ	口の周りのマッサージ 舌のストレッチ 発声練習	3ヶ月 H19. 月
義歯をきちんと使え るようになる	訪問診療による義歯の再製・調整	3ヶ月 H19. 月

実行や支援にあたって、注意することなど

口の中を清潔に保ち誤嚥性肺炎等による全身的な機能低下を予防する

利用者同意サイン		続柄	
----------	--	----	--

計画作成者： _____ × × 美 _____ 職種（ 言語聴覚士・ 歯科衛生士・ 看護職員 ）
初回作成日： 19 年 月 日
作成(変更)日： 年 月 日

サービス担当者が実施する計画、 関連職員が実施する計画、 利用者又はその家族等が実施する計画とそれ
に係る具体的な指導、助言等の文書等を添付する。