別紙様式１

口腔機能維持管理に関する実施記録

ふりがな		□男　□女	□明□大□昭　年　月　日生まれ	歳
氏名		要介護度・病名等		
かかりつけ歯科医	□あり　□なし	入れ歯の使用	□あり　□なし	同一月内の訪問歯科衛生指導（医療保険）の実施の有無（注）	□あり　□なし

注：医療保険により訪問歯科衛生指導料（歯科衛生士によるお口の中の清掃又は入れ歯の清掃に関する実地指導）を請求している場合には、同一月内においては、介護保険による口腔機能維持管理加算の費用を請求することはできません。

１．口腔に関する問題点及び歯科医師からの指示内容の要点

（記入日：平成　年　月　日、記入者：　　）

①口腔に関する問題点 （該当する項目をチェック）	□歯みがき　□かみにくさ　□むせ　□口のかわき □口臭　□飲み込み　□会話　□食べこぼし □義歯（痛み・動揺・清掃状態・管理状態） □その他（　　）
②歯科医師からの指示内容の要点	

２．実施した口腔ケアの内容の要点

月　日 （記入者：　　）	月　日 （記入者：　　）	月　日 （記入者：　　）	月　日 （記入者：　　）
□　口の中の状態の説明 □　歯みがき実地指導 □　義歯清掃・指導 □　食事姿勢や食環境の指導 □　その他 （　　）	□　口の中の状態の説明 □　歯みがき実地指導 □　義歯清掃・指導 □　食事姿勢や食環境の指導 □　その他 （　　）	□　口の中の状態の説明 □　歯みがき実地指導 □　義歯清掃・指導 □　食事姿勢や食環境の指導 □　その他 （　　）	□　口の中の状態の説明 □　歯みがき実地指導 □　義歯清掃・指導 □　食事姿勢や食環境の指導 □　その他 （　　）

３．その他の事項