6
医療

衛生指導内容報告書

実施日　2017年06月09日　指導時間　10:15　～　11:07

報告先	☑ 1　ご利用者・ご家族様 ☑ 2　居宅介護支援事業所所属　ケアマネージャー様 ☑ 3　地域包括支援センター所属　保健師・看護師様
お名前	無所属　太郎　様
事業所名	無所属　TEL　03-1234-5678　FAX　03-9876-5432

歯科衛生士による衛生指導に関しご報告致します

フリガナ	エイセイ　サチコ				
患者氏名	衛生 紗智子	女	生年月日	1984年09月02日	32　歳
住所　〒　-					
電話番号		FAX			
☑ 在宅　☑ 施設入所中					

指導計画	☑ 継続　<口腔内に問題有り> 　<摂食嚥下機能に問題あり> ☑ 終了　☑ 中断（理由：指導計画の定形文あいうえおあいうえおあいう） えおあいうえおあいうえおあいうえおあく
効果	☑ 効果あり ☑ 効果なし ☑ 不明 効果の定形文登録あいうえおあいうえおあいうえおあ