

別紙様式 1

口腔衛生管理に関する実施記録

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入れ歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> あり( )回 <input type="checkbox"/> 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）を同一月内に3回以上算定された場合には、同一月内においては、介護保険による口腔衛生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：令和 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)	<input type="checkbox"/> 歯みがき <input type="checkbox"/> かみにくさ <input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 口のかわき <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 飲み込み <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 食べこぼし <input type="checkbox"/> 義歯(痛み・動揺・清掃状態・管理状態) <input type="checkbox"/> その他( )
②歯科医師からの指示内容の要点	

2 歯科衛生士が実施した口腔ケアの内容及び介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容の要点

	月 日 (記入者： )	月 日 (記入者： )
口腔ケアの内容	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 口の中の状態の説明 <input type="checkbox"/> 歯みがき実地指導 <input type="checkbox"/> 義歯清掃・指導 <input type="checkbox"/> その他 [ ]
介護職員への具体的な技術的助言及び指導の内容	<input type="checkbox"/> 歯みがきの方法 <input type="checkbox"/> 義歯清掃の方法 <input type="checkbox"/> その他 [ ]	<input type="checkbox"/> 歯みがきの方法 <input type="checkbox"/> 義歯清掃の方法 <input type="checkbox"/> その他 [ ]

3 その他の事項

--

## 排せつ支援計画書

計画作成日

氏名 殿 男 女  
明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)記入者名  
医師名  
看護師名

## 排せつの状態及び今後の見込み

	計画作成時点	6 か月後の見込み	
		支援を行った場合	支援を行わない場合
排尿の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助
排便の状態	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助	介助されていない 見守り等 一部介助 全介助

※排せつの状態の評価については「認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 27 年 4 月改訂）」を参照。

## 排せつに介護を要する原因

## 支援計画

上記の内容、及び支援開始後であってもいつでも希望に応じて支援計画を中断又は中止できることについて説明を受け、理解した上で、支援計画にある支援の実施を希望します。

令和 年 月 日

氏名

※以下は加算の算定を終了した後に記載すること

## 加算終了時点の排せつに関する状態

排尿の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助
排便の状態	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助

## 総括（実際に行った支援の内容、見込みとの差異があればその理由等を記載）

上記について説明を受け、理解しました。

令和 年 月 日

氏名