

( )さんの口腔機能向上計画書

作成日:平成	年	月	日
作成者	ST・DH・Ns		

ご本人・ご家族のご希望、目標						
今回改善する口腔機能に関わる問題点						
口腔機能向上のための身近な目標						
目標達成のためにすること						
	短期目標	実施・援助内容	実行・支援にあたっての注意	担当	頻度	期間
セルフケア計画						
施設でのサービス						
専門家のサービス						
平成	年	月	日	利用者同意署名もしくは、捺印		