

()さんの口腔機能向上計画書

計画作成日:平成 年 月 日

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

1) _____

2) _____

3) _____

口腔機能向上のための身近な目標

1) _____

2) _____

3) _____

目標達成のためにすること

	短期目標	実施内容	実行にあたっての注意	頻度	期間

利用者同意サイン _____ 作成: _____

計画変更 ご本人・ご家族のご希望、目標 _____ 計画変更作成日:平成 年 月

--	--	--	--	--	--

利用者同意サイン _____ 作成: _____