

管理指導記録簿

フリガナ 患者氏名		患者番号		生年月日	( 歳)	男・女
--------------	--	------	--	------	------	-----

		評価項目	評価 ( 1:改善 ・ 2:維持 ・ 3:悪化 )			
			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
状 全 態 身	1	栄養・体重	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	1	口腔衛生	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
口 腔 機 能 の 状 態	2	口腔乾燥	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	3	咬合・義歯	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	4	口唇機能	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	5	舌機能	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	6	咀嚼機能	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	7	嚥下機能	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)	評価(1・2・3)
	所 見	1	全身状態			
2		口腔機能				
3		その他				
管理内容						

歯科医師 :

歯科衛生士 :