

受付番号

別紙第3号様式(在宅要介護者等歯科保健推進事業)

口腔ケア実地研修事業申込書

地域振興局健康福祉(環境)部長 様

次の内容を確認の上、以下のとおり申し込みます。

施設系サービス(介護老人福祉施設等)が基本サービスとして実施すべき要件※を満たすことを目的として、本事業を利用することはできません。

※歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、介護職員に対する口腔衛生の管理に係る技術的助言及び指導を年2回以上行う 等

(チェック)

上記利用目的に該当しないことを確認しました

事業所・担当者名

所在地

TEL

MAIL

(FAX)

1 実施希望日時

	希望日時					実施日に○
第1希望	年	月	日	午前・午後	時頃	
第2希望	年	月	日	午前・午後	時頃	
第3希望	年	月	日	午前・午後	時頃	

2 希望する研修内容(該当する項目に○をつける)

(1) 口腔ケアについて

ア ブラッシング(歯みがき)方法 イ 舌の清掃 ウ 義歯の清掃
エ 補助用具の使用法 オ その他 ()

(2) 口腔リハビリについて

ア 口の体操 イ 摂食・嚥下訓練 ウ その他 ()

(3) 口腔機能アセスメント及び口腔機能改善管理計画に関する助言

(4) その他 ()

3 口腔ケア実地研修によって習得したいサービス利用者の要介護度

(該当する項目に○をつける:複数回答)

・要支援1 ・要支援2 ・要介護1 ・要介護2
・要介護3 ・要介護4 ・要介護5 ・その他 ()

口腔ケア実地研修事業紹介書

歯科医師会長 様

地域振興局健康福祉(環境)部長

上記事業所が口腔ケア研修を希望していますので紹介します。

口腔ケア実地研修事業依頼書

歯科医師 様

歯科医師会長

上記事業所での口腔ケア研修を依頼します。