

## 歯科訪問診療書類作成ソフト (フォーマット集)

### 簡単・使いやすさが、最大のPOINT

- 『書類作成が面倒だ!』、と思っている院長 …
- 『必要書類の作成・保管』、は大丈夫ですか?院長

### 収 納 書 類



Microsoft Word

- ◇ 重要事項説明書
- ◇ 居宅療養管理指導契約書
- ◇ 個人情報使用承諾書



Microsoft Excel

- ◇ 医院運営規程書
- ◇ 口腔機能スクリーニング・アセスメント表
- ◇ 歯科訪問診療計画・訪問衛生指導指示書
- ◇ 口腔機能改善管理指導計画書
- ◇ 居宅療養管理指導に係わる情報提供書
- ◇ 介護サービスに係る指導(助言)記録書
- ◇ 実地指導記録簿/報告書
- ◇ 歯在管・文章提供加算報告書

#### [特徴]

- ・ 重要事項説明/契約書は、医院の特性・体制などに合わせるため、修正しやすいWord版で作成しています。
- ・ 定期的に作成する書類は、Excelで作成。データとして保存。保存したデータを使用し、その後の書類作成を省力化。新たなデータとして古いデータとともに保存できます。
- ・ 一部書類には、プルダウン式の参考候補文例を搭載。その文章を使用(変更)することにより書類作成時間を短縮できます。
- ・ データ整理表で、書類作成の有無、作成日等が確認できます。
- ・ 定期的に作成する書類作成忘れに、日付をさかのぼり作成できます。

# 歯科訪問診療・書類説明

訪問診療に必要な書類  
(定期訪問・長期訪問)

介護保険算定等に必要な書類

医療保険算定等に必要な書類

# 契約前に説明をする書類。署名必須



【別紙1】

平成 年 月 日現在

## 重要事項説明書

## ◇重要事項説明書

### 1 法人・事業所・医院の概要

歯科医院名	
所在地	〒
介護保険事業者番号	
管理者	
連絡先	電話 FAX

### 2 医院の職員体制

診療所管理者	
歯科医師	
歯科衛生士	
歯科助手・受付・他	

(運営基準を満たした上)

### 3 通常のサービスの提供日

平日 午前 : ~

- ・ 休診日： 曜日・
- ・ 利用者の身体状況や介護

※地震、災害等で交通機関が等、又は訪問担当者の緊急

※訪問日が祝日に当たる場合は後に振り替えて訪問させ

### 4 サービス利用料及び利用

(1) 介護保険のサービス

(1ヵ月ごとの計算)

利用者負担金につき

介護報酬(利用者負担金1

歯科医師	居宅療養管
月2回限度	同一建物居
歯科衛生士	居宅療養管
	居宅療養管

(2) サービス提供地域外(保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合)の場合、これらのサービスを提供することはできません。なお、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合はこの限りではありません。

(3) 歯科訪問診療に要した交通費は、実費をいただきます。

(4) 利用者負担金は、サービスを行った日に頂くこととさせていただきます。

### 5 サービスの中止(キャンセル)

(1) 利用者がサービスの利用を中止する

・ 連絡先 電話番号

・ 連絡時間 午前 : ~

(2) 利用者の都合でサービスを中止する

### 6 当歯科医院の理念(サービスの方針)

- 1 地域の皆様が安心して、安全に暮らせます。
- 2 利用者及び家族の主体性や価値観を
- 3 質の高いサービスの責任を持って提供します。

### 7 相談窓口及び苦情対応

○ サービスに関する相談や苦情は、下記の

診療所名 歯科医院

管理者 歯科医師名

対応時間は午前 時 ~ 午後

○ 住所地の各区役所(サービス課介護保

○ ●●●国民健康保険団体連合会(国保連

住所 〒

電話

### 8 事故時の対応等

- 1 当医院は、サービス提供に際して利用
- 連絡その他、適切な措置を迅速に行いま
- 2 当医院は、前項の状況及びそれに伴

3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、当医院の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

### 【説明確認欄】

居宅療養管理指導サービスの提供に当たり、上記のとおり説明いたしました。

平成 年 月 日

(事業者) 【歯科医院名入力】

説明者 印

私は、契約書および本書式により、上記記載説明者より、重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住所

氏名 印

電話

(家族代筆人) 住所

氏名 印

立会人 住所

氏名 印

# 居宅療養管理指導料を算定する利用者との契約必須



平成 年 月 日現在

## 居宅療養管理指導契約書

## ◇居宅療養管理指導 契約書

様（以下、「利用者」といいます）と事業者【**医院名を入力**】（以下、「当医院」といいます）は、当医院が利用者に対して、居宅療養管理指導について次のとおり契約します。

### 第 1 条（サービスの目的及び内容）

1 当医院は、介護保険法等の関係法令及びこの契約においてその有する能力に応じて、自立した日常生活提供します。

### 第 2 条（契約の有効期間）

1 この契約の有効期間は、平成 年 月 日 者の要介護認定定期または要支援認定定期満期日と

2 有効期間満了日の 7 日前までに、利用者から契約には、当医院が利用者に対し契約更新の意思を確認

3 利用者が有効期間満期日までに更新を行わない場合は、更新条件で更新されるものとし、以降も同様とします。要介護・要支援更新認定有効期間を限度とします。

### 第 4 条（サービス提供の記録）

1 当医院は、サービスを提供したときは、あらかじめ定めた書面に、提供したサービス内容等の必要事項を記入します。

2 当医院は、第 1 項の記録書の書面を作成した後 5 年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

### 第 5 条（利用者負担金及びその滞納）

1 サービスに対する利用者負担金は、【別紙 1】重要事項説明書に記載するとおりとします。ただし、契約の有効期間中、介護保険法等の関係法令の改正により利用者負担金の改定が必要となった場合には、説明のうえ改定後の金額を適用するものとします。

2 利用者が正当な理由なく当医院に支払うべき利用者負担金を 3 ヶ月分以上滞納した場合に

## 個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施される下記居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）のサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合

### 2 使用する事業者の範囲（居宅サービス計画に定められた事業者）

区分（支援・サービス）	所在地	事業者名
居宅介護（歯科）	住所入力	歯科医院名入力

### 3 使用する期間

居宅療養管理指導契約書 第 2 条（契約の有効期間）に準ずる。

### 4 条件

- 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

平成 年 月 日

居宅サービス事業者  
（居宅介護支援事業者）

様

### （事故時の対応等）

当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡や、適切な措置を迅速に行います。

当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録します。

当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、当医院の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

### （秘密保持）

当医院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間及び契約終了後、第三者に開示することはありません。

当医院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅サービス事業者（居宅介護支援事業者）との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を利用することとなります。

### （苦情対応）

当医院は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、居宅サービス事業者（介護支援事業者）の居宅介護支援専門員、各区役所又は地域国民健康保険団体連合会等に、いつでも苦情を申し出ることができます。

当医院は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談がある場合には、迅速かつ誠実に対応します。

当医院は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として不利益な取扱いをすることはありません。

### （契約外事項等）

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については関係法令の趣旨を踏まえ、利用者との協議により定めます。

# 介護事業所として必須(1部/医院保管)



## 運営規程

## ◇医院規程書

### 第1条 (サービスの目的及び内容)

- 1 当医院(事業者)は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、次のサービスを提供する。
- 2 サービス内容の詳細は、重要事項説明書に記載する。

### 第2条 (当医院の方針)

- 1 地域の皆様が安心して、安全に暮らせ、高い自己実現に向かって生活できる環境
- 2 利用者及び家族の主体性や価値観を常に重んじる。
- 3 質の高いサービスの責任を持って提供し、利用者及び家族が満足し信頼を得る

### 第3条 (当医院の概要)

歯科医院名	
代表者名	
所在地	
電話・FAX	電話 FAX
居宅介護事業所名	
代表者名	
所在地	
電話・FAX	電話 FAX

### 第4条 (当医院の職員体制)

診療所管理者	
歯科医師	
歯科衛生士	常勤
歯科助手・受付・他	常勤

(運営基準を満たした上で、職員数)

(職務内容)  
 歯科助手は、歯科医師の補助業務を  
 歯科医師は、歯学に基づいて傷病の  
 歯科衛生士は、歯科医師の直接の指  
 歯科助手は、歯科医師の補助業務を  
 受付は、外来患者の受付業務を行う。

### 第9条 (通常のサービス提供地域)

- 1 通常の歯科訪問診療の実施地域は、診療所から1.6キロメートル以内とする
- 2 サービス提供地域外(保険医療機関の所在地と訪問先の所在地との距離が1.6キロメートルを超えた場合)の場合、これらのサービスを提供することはできない。なお、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合はこの限りではない。

### 第10条 (その他運営についての留意事項)

- 1 当医院は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約期間及び契約終了後に限らず、これを保持する。
- 2 当医院は、文章により利用者又はその家族の同意を得た場合には、居宅サービス事業者(居宅介護支援事業者)との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとする。

事項については関係法令の趣旨を

### 第5条 (通常のサービスの提供日と時間)

	午前	～	午後		午前	～	午後
	休憩時間 12:00 ~ 13:30				休憩時間 ~		

- ・ 休診日
- ・ 利用者の身体状況や介護状況に応じて適宜対応する。

下記に記す場合には、事前に利用者へ連絡・調整のうえ訪問日を変更する場合がある。

- ※ 地震、災害等で交通機関が停止した場合や、道路が使用できない状態等の時、台風や荒天時等、又は訪問担当者の緊急やむを得ない事情のある場合。
- ※ 訪問日が祝日に当たり、歯科医師等の人員の関係により訪問診療が困難な場合。

### 第6条 (歯科訪問診療の内容)

- 1 歯科治療
- 2 口腔ケア
- 3 居宅療養管理指導

### 第7条 (サービス利用料及び利用者負担金)

- 1 介護保険のサービス利用料はおよそ次のとおり。  
(1ヵ月ごとの計算では、1円未満の端数で一致しない場合がある。)
- 2 利用者負担金はサービス利用料の1割とする。※法令により2割負担利用者様も存在します。

#### 介護報酬

イ 歯科医師 (月2回を限度)	居宅療養管理指導料(単数) 503単位	同 指導料(複数) 452単位
ロ 歯科衛生士 (月4回迄)	居宅療養管理指導料 352単位	同一建物居住者以外(単数) 居宅療養管理指導料 302単位 同一建物居住者(複数)

- 3 歯科訪問診療に要した交通費は、実費を徴収することとする。
- 4 利用者負担金は、サービスを行った日に徴収することとする。

### 第8条 (事故時の対応等)

- 1 当医院は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、家族への連絡その他、適切な措置を迅速に行う。
- 2 当医院は、前項の状況及びそれに伴う処置について記録する。
- 3 当医院は、サービス提供に当たって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償する。ただし、当医院の故意又は過失によらないときは、この限りではない。







# 居宅療養管理指導終了時に使用



Microsoft Excel

書類-⑦

## 【居宅療養管理指導・訪問歯科衛生指導報告書】

報告日 年 月 日

〈報告先〉	<input type="checkbox"/> ご利用者・ご家族様 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所所属 ケアマネージャー様 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター所属 保健師・看護師様
〈お名前〉	.....様
事業所名	Tel ..... Fax .....

〈居宅療養管理・訪問歯科衛生指導〉に関しご報告致します

■ 報告者	Tel ..... Fax .....
	歯科医師名 .....
	歯科衛生士名 .....

■ 転帰(今後の予定)	<input type="checkbox"/> 継続 《 <input type="checkbox"/> 口腔衛生に問題あり 》 《 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能に問題あり 》 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 中断(理由: ..... )
■ 達成度(効果)	<input type="checkbox"/> 効果あり ..... <input type="checkbox"/> 効果なし ..... <input type="checkbox"/> 不明 .....
■ 他の介護関連サービスの必要性	<input type="checkbox"/> あり ..... <input type="checkbox"/> なし .....
■ 医療機関受診の必要性	<input type="checkbox"/> あり ..... <input type="checkbox"/> なし .....
■ ご自宅での継続に関するアドバイス	.....

利用者同意欄	同意サイン (続柄 ..... )	同意日 年 月 日
--------	-------------------	-----------

# 居宅療養管理指導契約前に算定する場合に使用

【歯科医師 ⇒ 患者・ご家族様宛】

記入日



Microsoft Excel

## 介護サービスに係わる指導(助言)記録書 / (居宅療養管理・指導確認書)

・患者氏名	性別	年	月	日	生	歳
・住所 〒						
・電 話			FAX			
[ 在宅 ]			[ 施設入所中 ]		介護認定 [ 有 ] [ 無 ]	

### 【患者さんに関する医療・介護情報】

○ ケアマネージャー(氏名) (事業所)

Tel Fax

○ 基礎疾患 ・高血圧 ( / ) ・リウマチ 有 無 パーキンソン病 有 無  
 ・糖尿病 ・脳卒中(麻痺: 両側 右 左) ・その他

○ 服薬情報 抗凝固剤使用 有 無

◆ 要介護度 ( 自立 ・ 支1 ・ 支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5 )

◆ 認定期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

◆ 日常生活自立度(障害高齢者自立度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

*介護サービスをご利用する上での留意点	
*家庭での介護方法等について留意して頂きたい事項	
*その他	
保険医療機関名	
所在地 〒	
電話	FAX
担当歯科医師名	印

# 歯在管(文章提供加算)時に使用する書類

## 歯科疾患在宅療養管理料に係わる管理計画書



作成日

患者氏名			性別		生年月日	年	月	日 ( 歳 )
------	--	--	----	--	------	---	---	---------

### 【全身の状態】

1	基礎疾患	1 なし	2 あり ( 疾患名 )	
2	服薬	1 なし	2 あり ( 薬剤名 )	
3	肺炎の既往	1 なし	2 あり	3 繰り返しあり
4	低栄養リスク(体重の変化等)	1 なし	2 あり	3 不明
5	食事形態	1 普通食	2 介護食	3 非経口

### 【口腔内の状態】

1	口腔衛生の状況	1 良好	2 不良	3 著しく不良	特記事項があれば記載 
2	口腔乾燥	1 なし	2 軽度	3 重度	
3	う蝕(むし歯)	1 なし	2 あり	治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
4	歯周疾患	1 なし	2 あり	治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
5	口腔軟組織疾患	1 なし	2 あり	治療の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
6	義歯(入れ歯)の使用状況	上顎 : 1 総義歯 2 部分床義歯 3 義歯なし 下顎 : 1 総義歯 2 部分床義歯 3 義歯なし			
7	臼歯部での咬合(義歯での咬合を含む)	1 あり ( 片側・両側 ) 2 なし 義歯制作(修理等)の緊急性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

### 【口腔機能管理】(口腔機能管理加算に係わる管理計画)

1	口腔機能	舌機能	1 良好	2 やや不良	3 不良	
		頬、口唇機能	1 良好	2 やや不良	3 不良	
		軟口蓋機能	1 良好	2 やや不良	3 不良	
2	構音機能	ハの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭	
		カの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭	
		クの音	1 明瞭	2 やや不明瞭	3 不明瞭	
3	咀嚼運動	1 下顎の回転運動を伴う咀嚼が可能		2 下顎および舌の上下運動		
		3 下顎の上下運動のみ		4 ほとんど下顎の動きがない		
4	食形態	1 常食 2 軟菜食 3 刻み食 4 とろみ付き刻み食 5 ミキサー食				
		6 流動食 7 ゼリー 8 その他				
5	口腔ケアに対するリスク	経管栄養チューブ	1 ない	2 ある→胃ろう	3 経鼻	4 その他
		座位保持	1 良好	2 やや不良	3 不良	
		頸部可動性	1 十分	2 不十分	3 不可	
		閉口保持	1 可能	2 困難	3 不可能	
		口腔内での水分の保持	1 可能	2 困難	3 不可能→むせ	
		含嗽(ブクブクがい)	1 可能	2 困難	3 不可能→むせ	

### 【管理方針等】

① 治療期間 約( ) 日・週・月・年	② 治療頻度 約( ) 回 / 週・月・年
③ 治療の予定 <input type="checkbox"/> 虫歯治療 <input type="checkbox"/> 歯周病治療 <input type="checkbox"/> 冠・ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他	

※私は当説明書の内容について説明を受け、同意し交付を受けました。	利用者 同意サイン
----------------------------------	--------------

# 訪問歯科衛生指導料算定書類(必須)

訪問歯科衛生指導

(文書様式5) H22

## 訪問歯科衛生指導説明書

様

平成 年 月 日

訪問先 居宅 施設 ( )

### 口腔の状況

歯垢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口腔乾燥	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
歯石	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	口臭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食物残渣	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯清掃状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
舌苔	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯装着状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
口腔内出血	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	義歯保管状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 要改善
びらん・潰瘍	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他	

### 口腔の清掃について

- 口腔清掃の重要性
- 含嗽、ブラッシング、歯肉マッサージの励行
- ブラッシング方法（フーンズ スクラブブラシ バス ツマヨウジ）
- 使用器具（ブラシ スポンジブラシ 舌ブラシ 電動ブラシ）
- 唾液腺のマッサージ、舌・顔面体操、摂食・嚥下等の指導

### 有床義歯の清掃指導について

- 義歯の清掃（スクラブ 床粘膜面 床後縁 人工歯）
- 鈎歯、残存歯、歯肉のブラッシング
- 義歯の着脱指導・着脱介護指導
- 就寝時の扱い、清掃後に、（水中 洗浄剤中）で 保管・装着

### 注意事項（食生活の改善等）

- 
- 

歯科衛生士 時間 ( : ~ : )

保険医療機関名  
所在地・電話番号  
担当歯科医

# 歯科衛生士・業務日報使用



Microsoft Excel

年 月分 実地指導記録簿 / 報告書(以下の指導等を行いました)

訪問先:		主訴:	
患者氏名	様	性別	歳
		カルテNo	
実施日時	口腔内所見	実地指導要点	
年 月 日 : : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良・悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 療養に関する事項  主治医確認・指示:	
実施日時	口腔内所見	実地指導要点	
年 月 日 : : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良・悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 療養に関する事項  主治医確認・指示:	
実施日時	口腔内所見	実地指導要点	
年 月 日 : : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良・悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 療養に関する事項  主治医確認・指示:	
実施日時	口腔内所見	実地指導要点	
年 月 日 : : 担当衛生士名	<input type="checkbox"/> 食物残渣・プラーク <input type="checkbox"/> 歯肉発赤・出血・腫脹 <input type="checkbox"/> 歯石 <input type="checkbox"/> 舌苔 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 義歯清掃 良・悪 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥 その他	刷牙に関する指導 <input type="checkbox"/> 口腔清掃 (残存歯・義歯・粘膜・舌・清拭・うがい) 家庭療法に関する指導 <input type="checkbox"/> 運動 (舌・頬・首・肩・腕・深呼吸・発音) <input type="checkbox"/> マッサージ (唾液腺・口唇・舌・頬・首・肩・腕) 療養に関する事項  主治医確認・指示:	

問 合 せ

メデュケーション株式会社

担当者：田村

03-3579-6548

(平日10時～16時)