

口腔リハビリテーション科（摂食嚥下機能回復部）患者実習提出用シート

学籍番号	氏名
------	----

項目	レポート課題	日付	検印	点数
摂食機能療法（態度）				／10
出席点（月）		／		／3
出席点（火）		／		／3
出席点（水）		／		／3
出席点（木）		／		／3
出席点（金）		／		／3
ドライマウス・味覚（態度）		／		／5
嚥下造影検査		／		
嚥下内視鏡実習		／		
症例検討会		／		／5
レポート課題（2題）		／		／15
配当患者サマリ		／		／15
教授諮問		／		／10
※多職種カンファ		／		／5
計				／80