

訪問リハビリテーション計画書

利用者氏名 _____ 様 作成年月日 202●年 月 日 ~見直し予定時期 202●年 月 日頃

□リハビリテーションマネジメントⅠ □リハビリテーションマネジメントⅡ □訪問・通所頻度() □利用時間(時間)

■リハビリテーションサービス							
No.	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～する)	頻度	時間	訪問の必要性	
		2021.02.01～	<input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他 ()		分		
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他			いつ頃	
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他			いつ頃	
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他			いつ頃	
			<input type="checkbox"/> 短期集中(個別リハ) <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> その他			いつ頃	
					週合計時間	0分	

利用者・ご家族への説明: _____ 年 月 日

利用者サイン: _____

ご家族サイン: _____

医師サイン: _____