

生活行為向上リハビリテーション実施計画

利用者氏名 田中 花子 様

本人の生活行為の目標			
家族の目標			
実施期間		通所訓練期(~)	社会適応訓練期(~)
		【通所頻度】回/週	【通所頻度】回/週
活動	プログラム		
	自己訓練		
心身機能	プログラム		
	自己訓練		
参加	プログラム		
	自己訓練		

【支援内容の評価】
 入力枠の右下の「//」マークをドラッグする(クリックしたまま右下に引っ張ると)、入力枠を大きく表示することができます。

利用者・ご家族への説明と同意 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者サイン: _____ ご家族サイン: _____ 医師サイン: _____