

通所リハビリテーション計画書

利用者氏名 田中 花子 様
 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

作成年月日 2017 年 2 月 1 日
 訪問・通所頻度 ()

～ 見直し予定時間 月 頃
 利用時間 () 送迎なし

■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)～をする)	頻度	時間	訪問の必要性
			<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			
			<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			
			<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			
			<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			
			<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			

週合計時間 分

■サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

	開始～1時間	1時間～2時間	2時間～3時間	3時間～4時間	4時間～5時間	5時間～6時間	6時間～7時間	7時間～8時間	～()
利用者									
看護職									
介護職									
PT									
OT									
ST									
その他 ()									
必要なケアと その方法	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。								

<input type="checkbox"/> 訪問介護の担当者と共有すべき時頃	<input type="checkbox"/> 訪問看護の担当者と共有すべき時頃	<input type="checkbox"/> その他、共有すべき時頃 ()

※下記の☑の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

【情報提供先】 介護支援専門員 医者 (地域密着型)通所介護 () ()

利用者・ご家族への説明: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者サイン: _____ ご家族サイン: _____ 医者サイン: _____

※なお当該計画の様式をもってリハビリテーション計画とするときは利用者の同意を得るよう留意すること