

事業所番号 ○○○○○○○○○○

作成年月日: 2019年01月17日

利用者番号 5

利用者氏名: 田中 花子 様

確定年月日:

本人の生活行為の目標			
家族の目標			
実施期間	通所訓練期 【通所頻度】	~	社会適応訓練期 【通所頻度】
活動	プログラム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		通所リハ	通所リハ
	訪問リハ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		訪問リハ	訪問リハ
自己訓練			
心身機能	プログラム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		通所リハ	通所リハ
	訪問リハ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		訪問リハ	訪問リハ
自己訓練			
参加	プログラム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		通所リハ	通所リハ
	訪問リハ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		訪問リハ	訪問リハ
自己訓練			

【支援内容の評価】