

(別紙様式3)

利用者氏名

殿

リハビリテーション計画書

☐訪問

☐通所 (No.)

作成年月日

年

月

日

～ 見直し予定時期

月

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()

☐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
			☐短期集中(個別)リハ ☐生活行為向上リハ ☐認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☐理学療法 ☐作業療法 ☐言語聴覚療法 ☐その他()			

 | | いつ頃 || | | | ☐短期集中(個別)リハ ☐生活行為向上リハ ☐認知症短期集中リハⅠ・Ⅱ ☐理学療法 ☐作業療法 ☐言語聴覚療法 ☐その他() |

■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									

☐ 訪問介護の担当者と共有すべき事項	☐ 訪問看護の担当者と共有すべき事項	☐ その他、共有すべき事項()

※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 ☐医師 ☐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： _____ 医師サイン： _____

※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よう留意すること