

(別紙様式4)

リハビリテーション会議録（訪問・通所リハビリテーション）

利用者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名
リハビリテーション の支援方針				
リハビリテーション の内容				
各サービス間の提 供に当たって共有 すべき事項				
利用者又は家族 構成員 不参加理由	☐ 利用者 ☐ 家族() ☐ サービス担当者()(☐ サービス担当者()()			
次回の開催予定と 検討事項				