リハビリテーションマネジメントにおけるプロセス管理票

利用者名： 東 義郎　様　　作成年月日：　平成28　年　5　月　26　日

チェック	プロセス	参加者及び内容	備考
□	サービス開始時における情報収集	□ 医師 □ 介護支援専門員	
□	リハビリテーション会議の開催による リハビリテーション計画書の作成	□ 参加者　（医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・介護支援専門員・ 訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他） □ 日付　（　　年　　月　　日 ）	
□	医師による通所リハビリテーション計画の 利用者・家族への説明	□ 同意 □ 変更・意見　（　　）	
□	リハビリテーション計画書に基づく リハビリテーションの提供	□ リハビリテーションプログラムの内容 □ 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Ⅱ □ 理学療法　□ 作業療法　□ 言語聴覚療法 □ その他　（　　）	
□	リハビリテーション会議の実施と計画の 見直し	□（　年　月　日）□（　年　月　日）□（　年　月　日） □（　年　月　日）□（　年　月　日）□（　年　月　日） □（　年　月　日）□（　年　月　日）□（　年　月　日） □（　年　月　日）□（　年　月　日）□（　年　月　日）	
□	訪問介護の事業その他の居宅サービス事業 に係る従業者に対する 日常生活上の留意点、 介護の工夫等の情報伝達	□（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　）　□（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　） □（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　）　□（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　） □（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　）　□（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　） □（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　）　□（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　） □（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　）　□（　年　月　日） CM・CW・家族・その他（　　）	
□	居宅を訪問して行う介護の工夫に関する 指導等に関する助言の実施	□（　年　月　日）□（　年　月　日）□（　年　月　日） □（　年　月　日）□（　年　月　日）□（　年　月　日）	
□	サービスを終了する1ヶ月前以内の リハビリテーション会議の開催	□ 参加者　（医師・介護職・看護職・PT・OT・ST・介護支援専門員・ 訪問介護・訪問看護・訪問リハ・通所介護・その他） □ 日付　（　　年　　月　　日 ）	
□	終了時の情報提供	□ 医師　□ 介護支援専門員 □ その他　（　　）	

※CM：介護支援専門員　CW：指定訪問介護のサービス責任者