

リハビリテーション計画書

訪問 通所 (No.)

利用者名： 東 義郎 様

作成年月日： 平成28 年 5 月 26 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
			<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（ ）			いつ頃
			<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（ ）			いつ頃
			<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（ ）			いつ頃
			<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（ ）			いつ頃
			<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（ ）			いつ頃
				週合計時間		