

地域リハビリテーション活動支援事業 事業所支援実施報告書

年 月 日

東三河広域連合長 様

次のとおり、地域リハビリテーション活動支援事業による事業所支援を実施しましたので、報告いたします。

実施者	氏名	東三河 花子		職種	理学療法士
	所属	老人保健施設 広域			
支援事業所名	デイサービス元気村			にこにこハウス	
	長寿デイサービス			リハビリティリハ	
支援日時	○○年 ○月○○日 () ○○時○○分～○○時○○分				
支援回数	1回目				
実施内容・時間	時間	内 容			
	○○：○○～○○：○○	運動機能評価の必要性について			
	○○：○○～○○：○○	個別機能訓練について(解説と訓練の実際)			
	○○：○○～○○：○○	集団機能訓練について(解説と訓練の実際)			
	○○：○○～○○：○○	現場における取り組み改善の検討			
	：～：				
	：～：				
事業所の反応	○○○○				
感想・意見・ 気付いたこと等	○○○○				
備考					

事務局記載欄

派遣先	<input type="checkbox"/> 同市町村		
	<input type="checkbox"/> 他市町村	市・町・村⇒	市・町・村