

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		リハビリデイリハ		
支援日時		〇〇年 〇月〇〇日（ ） 〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分			
支援回数		1 回目			
実施内容・時間	時 間		内 容		
	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇		運動機能評価の必要性について		
	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇		個別機能訓練について(解説と訓練の実際)		
	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇		集団機能訓練について(解説と訓練の実際)		
	〇〇：〇〇～〇〇：〇〇		現場における取り組み改善の検討		
	： ～ ：				
	： ～ ：				
事業所の反応		〇〇〇〇			
感想・意見・ 気付いたこと等		〇〇〇〇			
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