リハビリテーション職派遣事業　結果報告書（ケアマネ等→市）

様式2

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

鯖江市長　殿

報告者　　　　　　　　　　（事業所名　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者名 |  |
| 派遣日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　：　　～　　： |
| 対象者（同席者） | □本人　　　□家族（　　　　　　）　□その他（　　　　　　）□ケアマネ等 |

〇アドバイスを受けた内容についてご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| リハビリ職派遣を受けて参考になった点 | □身体機能□環境□福祉用具□その他 |
| 対象者の理解度 | □理解した　□理解していない　□その他（　　　　　　） |
| 家族の理解度 | □理解した　□理解していない　□その他（　　　　　　） |
| ケアマネジャー理解度 | □参考になった　　□参考にならなかった（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（自由記載）（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| マネジメントへの活用 | □有　□無内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※結果報告書はリハビリ職に写しを渡すため派遣した結果をわかるように記入すること

※住宅改修等を行う場合の助言を希望された場合は、実施前・実施後の写真を一緒に提出すること