

リハビリテーション会議録 (訪問・通所リハビリテーション)

利用者氏名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ : _____ ~ _____ : _____ 開催回数 _____

	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
会議出席者				
リハビリテーションの支援方針				
リハビリテーションの内容				
各サービス間の提供に当たって共有すべき事項				
利用者又は家族構成員不参加理由	<input type="checkbox"/> 利用者	<input type="checkbox"/> 家族	()	()
	<input type="checkbox"/> サービス担当者	()	()	()
	<input type="checkbox"/> サービス担当者	()	()	()
次の開催予定と検討事項				