

## 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 \_\_\_\_\_

会議出席者	所属(職種)	氏 名	所属(職種)	氏 名
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( _____ )( _____ )			
次回の開催予定と検討事項				