

個別機能訓練(Ⅰ)(Ⅱ)・生活機能向上グループ活動・運動器機能向上サービス計画書

作成日: 年 月 日

初回・(No.)

作成者:

利用者氏名	性別	要介護度等	有効期間			
様 (歳)	男・女		年 月 日 ~ 年 月 日			
可動域制限:	機能状態: 握力 (右 kg、左 kg) 片足立ち (秒) 最大歩行時間 (秒)5m 【補助具使用 種類()】		痛み(部位と程度):			
運動(活動)に対するリスク:			医師からの指示・意見:			
			介護支援専門員からの意見:			
本人の希望・課題	家族の希望・課題		サービス実施に当たっての注意事項			
長期目標			期間: 年 月 日 ~ 年 月 日			
目標達成に向けた短期目標	目標達成のための具体的な計画	回数	時間	実施期間	評価予定時期	

個別機能訓練(Ⅰ)(Ⅱ)・生活機能向上グループ活動・運動器機能向上サービス計画書について、説明を受け同意し、交付を受けました。

ご本人

印

ご家族等

印