佐賀中部広域連合 同行訪問実施報告書

年　　月　　日

佐賀中部広域連合長様

事業所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者

令和　　年　　月　　日付けで申込した件につきまして、次のとおり、専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）と同行訪問を実施したので報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 訪問日時 | 年　　月　　日（　　）　　　　時　～　　時 | |
| 1. 訪問者 | リハ専門職 | センター職員又はケアマネジャー |
|  |  |
| 1. 助言内容   （内容が記載されていれば経過記録等添付し、右空欄で可） | （事例概要）  □地域ケア会議の事例の事後フォロー　□新規利用者　□2回目の訪問 | |
|  | |
| 1. 助言内容を事業所内で情報共有できたか |  | |
| 1. 助言内容は、マネジメントの参考になったか | □とても参考になった　□参考になった　□どちらでもない  □参考にならなかった | |
| 1. 2回目の訪問時にご記入ください。 | 利用者の状況について、1回目と比較してどう感じられましたか？  □改善した　□やや改善した　□変わらない　□悪化した | |

＊この報告書の助言内容を、事業所内で情報共有しアセスメントのスキルアップにつなげましょう。

＊報告書の提出は、訪問日から2週間以内に提出ください。