**地域リハビリテーション活動支援事業実施報告書**

**（介護専門職等への技術的助言用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ＜所属・氏名＞ | |
| 団　体　名  機　関　名 |  | |
| 実施日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　：　　～　　　： | |
| 派遣場所 |  | |
| 担当者 | 所　属：  担当者： | |
| 内容 | 〈現状の生活状況、動作能力、課題〉  〈課題解決・提案など〉 | |
| 今後の方向性  （同行アセスメントのみ） | 介護認定申請　□要　□不要　□済 | 短期集中予防サービス　□要　□不要 |
| 上記以外のサービスの必要性など | |