様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　　月　　日

**リハビリテーション専門職派遣　実績報告書**

**（報告者）　機関名　　　　　　　　　所属・氏名　　　　　　　　電話番号**

**（1）実績報告記入欄**：派遣されたリハビリテーション専門職が記入

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼元市町(地域包括支援センター） | 掛川市 |
| 派遣日時 | 令和　年　　月　　日　　　　　　時　～　　　時 |
| 派遣場所 |  |
| 依頼事業種類 | [ ] 住民主体の通いの場　□介護予防教室□地域ケア会議　　　　[ ] サービス担当者会議　　　　　[ ] 研修会・講習会　　□訪問事業所　　[ ] 通所事業所　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　） | 参加職種：参加人数：　　 人 |
| 派遣事業内容 | [ ] 転倒予防・体操教室　[ ] 認知症相談・予防　[ ] 高次脳機能障害相談・教室[ ] 住宅環境、福祉用具相談・教室　[ ] 摂食、嚥下相談・教室[ ] その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 派遣依頼内容（実施内容） |  |
| 指導・助言した内容 |  |
| 課題等 |  |

＊記載しきれない場合は、別紙に記載をお願いします。