|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用 | 月　　　　日（　　　　　）　　　／記載（担当者）氏名： | | | | |
| 区分 | **□** 通所介護　**□** 通所リハビリテーション　**□** 短期入所生活介護　**□** 短期入所療養介護 | | | | |
| 内容 | 食事量 （1回又は1日） | | 食事形態 | | |
| 主食　　　／10　　副食　　　／10 | | 主食：　　　　　　　　　　　　　　　副食： | | |
| 服薬 | 入浴 | | 排尿 | 排便 |
| 有　・　無 | 入浴　・　中止 | | 回／日 | 回／日 |
| 機能訓練　・　活動　・　リハビリテーション等 | | | | |
| 全て参加　・　一部参加　・　見学　・　不参加　・　実施なし | | | | |
| 連絡  事項 | **□** なし　　**□** あり | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

※補足事項は連絡事項欄に記載願います。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用 | 月　　　　日（　　　　　）　　　／記載（担当者）氏名： | | | | |
| 区分 | **□** 通所介護　**□** 通所リハビリテーション　**□** 短期入所生活介護　**□** 短期入所療養介護 | | | | |
| 内容 | 食事量 （1回又は1日） | | 食事形態 | | |
| 主食　　　／10　　副食　　　／10 | | 主食：　　　　　　　　　　　　　　　副食： | | |
| 服薬 | 入浴 | | 排尿 | 排便 |
| 有　・　無 | 入浴　・　中止 | | 回／日 | 回／日 |
| 機能訓練　・　活動　・　リハビリテーション等 | | | | |
| 全て参加　・　一部参加　・　見学　・　不参加　・　実施なし | | | | |
| 連絡  事項 | **□** なし　　**□** あり | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

※補足事項は連絡事項欄に記載願います。