

高知市長 様

令和 5年 11月 30日

高知市訪問型サービスC事業実施報告書
(令和5年11月分)

住所 高知市〇〇〇 〇-〇〇
事業所名 訪問看護〇〇
代表者名 〇〇 〇〇

〇〇さんへ何回目の支援になるのか回数を入力

請求月分の末日を記入

押印省略可

印

セルを選択するとプルダウン▼が出るので選択

別紙支援内容の分類を参照に支援した内容に1を入力

番号	実施日	実施時間(分)	利用者氏名	被保険者番号	支援区分	担当者名	職種	支援内容														初回	支援回数(延べ)	備考
								1.事業対象者 2.要支援1 3.要支援2	1.PT 2.OT 3.その他	身体機能評価	生活機能評価	福祉用具導入	住宅改修アドバイス	動作指導	自主トレーニングメニューの提供	家族指導	地域の社会資源へのつなぎ	介護予防サービスへのつなぎ	関係機関との連絡・調整	その他	地域ケア会議			
1	11月2日	100分	高知花子	0123456789	事業対象者		PT		1	1					1							〇	1	初期評価
2	11月13日	60分	土佐月子	0123456790	要支援1		OT								1	1		1					4	いきいき百歳体操会場への移動練習と体操指導
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								

数字のみ入力。分は自動で入る。

初回訪問時は〇を入れる