|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **対象者氏名** |  | **生年月日****（年齢）** | **年　　月　　日****（　　　　歳）** |
| **住所** | **春日井市** |
| **同行者** |  |
| **本人・家族の希望** |  |
| **健康状態（疾患等）** |  |
| **評価** |  | **現状** | **改善見込み** |
| **身体機能** |  |  |
| **ＡＤＬ** |  |  |
| **ＩＡＤＬ** |  |  |
| **必要な支援内容** |  |
| **備考** |  |

**リハビリテーション評価票**

作成日　　年　　月　　日

作成者　事業所名

担当者氏名