塩尻市介護予防・日常生活支援総合事業

通所型サービスＡ提供実施報告書

事業所名

報 告 日　　　　　　　年　　　月　　　日（　　）

（　　　　月分）

**＜利用者名　　　　　　　　　　　様＞**

|  |  |
| --- | --- |
| サービス実施内容 |  |

|  |
| --- |
| ご本人の状況（変化ありの場合のみ、状況を記載してください。） |
| 移動、運動面 | □変化なし　　□変化あり |
| 日常生活面 | □変化なし　　□変化あり |
| コミュニケーション面 | □変化なし　　□変化あり |
| 健康管理 | □変化なし　　□変化あり |

　　※事業者独自の様式等による報告でも可能