様式４号（第12条関係）

年　　月　　日

**ＧＥＮＫＩすもっとトライ教室プログラム提供報告書**

洲本市長　　　　　　　　　様

事業者　所在地

事業所等

事 業 者

代 表 者

利用者氏名

被保険者番号　　　　　　　　　　　　　　認定区分　要支援　１　２

　　　　　　年　　月　分　　　　　　　　　　　　※本報告書は利用者ごとに提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通算番号 | 実施日 | プログラム | | 実施記録（メニュー内容・客観的データ・本人の感じたこと等） | | | | |
| 第  回 |  | □ | 訪問評価 |  | | | | |
| □ | 通所 |
| □ | 生活機能 |
| 第  回 |  | □ | 訪問評価 |  | | | | |
| □ | 通所 |
| □ | 生活機能 |
| 第  回 |  | □ | 訪問評価 |  | | | | |
| □ | 通所 |
| □ | 生活機能 |
| 第  回 |  | □ | 訪問評価 |  | | | | |
| □ | 通所 |
| □ | 生活機能 |
| 第  回 |  | □ | 訪問評価 |  | | | | |
| □ | 通所 |
| □ | 生活機能 |
| 第  回 |  | □ | 訪問評価 |  | | | | |
| □ | 通所 |
| □ | 生活機能 |
| 第  回 |  | □ | 訪問評価 |  | | | | |
| □ | 通所 |
| □ | 生活機能 |
| 第  回 |  | □ | 訪問評価 |  | | | | |
| □ | 通所 |
| □ | 生活機能 |
| ※用紙は適宜追加してください。  ※通算番号は利用者ごとの教室を通じてのプログラム実施通算番号を記入してください。 | | | | 実施確認印 | 利用者 |  | 担当者 |  |