セルフマネジメントシート

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | ３か月後の私の姿（目標） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 曜日 | 体調 | 自宅で毎日取り組むこと（目標回数など） | ひとこと日記 |
| ① | ② | ③ | ④ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| １週間の振り返り | 来週の目標 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 担当者資格理学療法士・作業療法士言語聴覚士・その他（　　　　） | 担当者 | 担当者メッセージ | 居宅訪問日（複数あれば全て） |