地域連携とスーパービジョン等の記録

特定の利用者のためではなく、地域の他の事業所との連携を図るための会議への参加、スーパービジョンやコンサルテーションをうけた場合には、必要事項にご記入ください。

1 記載日： 年 月 日	**2 担当者名**
3 施設外で活動した場合 合計移動時間： 分	合計費用： 円

	活動内容	活動場所	合計時間	うち診療報酬外
5	**他機関との連携** 備考: □㊀	1. アウトリーチ	分	分
		2. デイケア内	分	分
		3. 電話・メール等	分	分
6	**スーパーバイズ** 備考:	1. アウトリーチ	分	分
		2. デイケア内	分	分
		3. 電話・メール等	分	分
7	**グループ・スーパーバイズ** 備考:	1. アウトリーチ	分	分
		2. デイケア内	分	分
		3. 電話・メール等	分	分
8	**スーパーバイズの提供** 備考:	1. アウトリーチ	分	分
		2. デイケア内	分	分
		3. 電話・メール等	分	分
9	**外部コンサル** 備考:	1. アウトリーチ	分	分
		2. デイケア内	分	分
		3. 電話・メール等	分	分
10	**CMer ユニット** 備考:	1. アウトリーチ	分	分
		2. デイケア内	分	分
		3. 電話・メール等	分	分
11	**研修等への参加*** 備考:	1. アウトリーチ	分	分
		2. デイケア内	分	分
		3. 電話・メール等	分	分
12	**その他** **CM 就労支援** 備考: □㊀	1. アウトリーチ	分	分
		2. デイケア内	分	分
		3. 電話・メール等	分	分

㊀医療支援 = 服薬管理、診察同行、入院訪問、医療的な体調管理、医療・健康相談、医療機関との連携など

※学会の参加の場合は、シンポジウムや分科会に参加した時間のみを記載(移動時間は含めない)

☆自己負担についてご記入ください（※事業所負担を除いた額を記載してください）☆

13	交通費（具体的な場所 ：所要時間 分）	合計費用（ 円）
14	喫茶店等での飲み物代	合計費用（ 円）
15	プライベートで使用している携帯電話による通話・E メール	合計メール回数 （ 回） 合計通話時間（ 分）
16	その他 ※具体的にどのような事にどのくらいの費用がかかったかを記述してください ☆事柄 ☆合計費用（ 円）	