居宅介護支援事業所○○

**ここにロゴ**

○○ 様

**〇月経過報告書**

いつも大変お世話になっております。

今月の、　**○○ 様**の経過報告書を下記の通りご報告申し上げます。

今後も引き続き、○○様と共に所沢エリアの在宅サービス普及に貢献出来ればと

思っております。

今後とも、宜しくお願い申し上げます。

記

**治療対象者　　　　　○○ 様**

**傷　　　病　　　　　右大腿骨頚部骨折　リウマチ**

**その他症状　　　　　全身各関節および筋の痛み**

**治療開始月　　　　　平成○○年〇月〇日～**

**同意医師　　　　　　○○クリニック　○○医師**

**治療周期　　　　　　月曜13:15　木曜11:45　　週2回**

**今月の経過報告**

今後も特別なご指示ご要望がない場合は引き続き手足の関節、筋肉の柔軟性の維持、改善を中心にした施術していく予定です。