

언어 치료 90 일 (분기별) 보고서

고객 이름		사례 관리자 이름	
제공자 이름		제공자 소속 기관 이름	
보완 요법(양식 DSHS 27-194) 작성 날짜	본 보고서의 날짜 범위	PASRR 고객 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
언어 치료에 대한 고객의 목표와 목적을 설명합니다. 계획당 3 개 이하로 제한. 자세한 내용은 지침을 참조하세요.			
목표 1			
목표 2			
목표 3			
새로운 치료 목표가 확인되면 언어 치료 초기 계획을 수정해야 합니다.			
위의 각 목표에 활용된 치료 전략을 설명하세요.			
목표 1			
목표 2			
목표 3			
진행 상황의 장애물을 포함하여 목표 달성을 위한 진행 상황을 객관적이고 측정 가능한 용어로 요약하세요. 장애물을 해결하기 위해 계획한 대안적 전략도 설명하세요.			
목표 1			목표 달성 여부, 1~10(10 은 목표 달성) 척도 사용
목표 2			목표 1:
목표 3			목표 2: 목표 3:

면제 참가자에게 근본적인 의료, 정신 건강 또는 교육 지원이 필요할 경우 의뢰와 관련한 추천 사항에 대해 나열하십시오.

언제 언어 치료를 제공했나요(지난 90 일 동안의 서비스 날짜/시간)?

날짜: 단위 수 (15 분):

CFT 회의에 참석한 날짜, 행동 전문가 상담 또는 기타 치료 조정 활동:

날짜: 단위 수(15 분):

(분기당 최대 2 시간)

상담 또는 치료 조정 결과가 있는 경우 설명하세요.

추가 방문이 있는 경우 별도의 페이지에 기재하여 본 보고서에 첨부합니다.

총 단위(지난 90 일 동안 제공된 서비스의 15 분 단위):

서명

고객 서명

날짜

법정 대리인 서명

날짜

제공자 서명

날짜

언어 치료 분기별 진행 보고서 지침

고객 이름: 고객 이름 추가.

사례 관리자 이름: 고객의 사례 관리자 이름 포함.

제공자 이름: 고객을 직접 담당하고 있는 제공자의 이름 추가.

제공자 소속 기관 이름: 고객을 담당하는 임상이가 근무 중인 기관 이름 포함.

보완 요법 양식(DSHS 27-194) 작성 날짜: 본 양식의 작성 날짜 포함.

본 보고서 날짜 범위: 본 양식을 보고하는 날짜 범위.

PASSR 고객: PASSR 프로그램에서 지원하는 고객인 경우 이 확인란을 선택합니다. 고객의 사례 관리자가 확인하게 됩니다.

언어 치료에 대한 고객의 목표와 목적을 설명: 해당 목표가 고객의 행동 건강 서비스 제공자가 요청한 권장 지원 사항과 어떻게 연결되는지 설명하세요. 각 목표가 기본 행동 지원 계획을 보완하기 위해 어떤 방식을 취할지 설명합니다. 계획당 목표는 세 개를 넘지 않아야 합니다.

각 목표에 활용된 치료 전략 설명: 고객을 지원하기 위해 어떤 방법과 기술을 사용했나요? 여기에 기술하십시오.

장애물을 포함하여 목표 달성을 향한 진행 상황을 객관적이고 측정 가능한 용어로 요약: 장애물을 해결하기 위해 계획된 대안적 전략을 설명하세요. 언어 치료에서 고객이 목표에 더 가까워지기 위해 어떤 노력을 기울였는지 설명하세요. 본 서비스를 통해 고객이 목표를 달성하는 데 어떤 도움이 되었나요? 언어 치료의 파악된 목표를 달성하는 데 있어 고객의 현재 상태는 10 점 척도 중 어디에 해당하나요?

의뢰 권장 사항 나열: 고객에게 잠재적으로 근본적인 의료, 정신 건강 또는 교육적 지원이 필요한 경우(치료 코디네이터, 치료 전문가 또는 DDA 에 의뢰할 수 있음), 이 섹션에 언어 치료가 제공할 수 있는 것 외에 고객에게 필요한 의뢰 사항을 나열합니다. 고려 사항 예시: 고객의 정신 건강 상태 또는 학교 교육에 대한 필요성 관련 우려가 있나요? 고객이 아직 연결되지 않은 리소스에 대한 의뢰가 필요한가요?

지난 90 일 동안의 서비스 날짜 및 시간: 언어 치료가 제공된 날짜와 소요된 시간을 여기에 기록합니다.

참석한 CFT 회의, 행동 전문가 상담 또는 기타 치료 조정 활동 날짜: 고객 및 가족 팀 회의와 같이 참석한 모든 회의를 문서화하고 논의된 새로운 치료 상담 전략을 문서화합니다.

고객 서명: 고객은 여기에 서명해야 합니다.

법정 대리인 서명: 해당되는 경우, 고객의 법정 대리인이 여기에 서명하여 본 보고서에 동의해야 합니다.

제공자 서명: 언어 치료 제공자는 여기에 서명합니다.