

## 音乐疗法 90 天 (季度) 报告

客户姓名		病例管理者姓名	
医疗服务提供者姓名		医疗服务提供者机构名称	
补充疗法 (表格 DSHS 27-194) 填写日期	本报告日期范围		PASRR 客户 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
描述音乐疗法的目的和目标。有关更多详细信息, 请参见说明。			
目标 1			
目标 2			
目标 3			
<b>如果确定任何新治疗目标, 则必须修改音乐疗法初始计划。</b>			
选勾选所用音乐疗法策略类型的相应方框:			
<input type="checkbox"/> 音乐即兴创作 <input type="checkbox"/> 接受性音乐聆听 <input type="checkbox"/> 歌曲创作 <input type="checkbox"/> 抒情讨论 <input type="checkbox"/> 音乐和意象 <input type="checkbox"/> 音乐表演 <input type="checkbox"/> 其他富有表现力的音乐形式			
描述用于每个目标的治疗策略:			
目标 1			
目标 2			
目标 3			
用客观和可衡量术语总结实现目标的进展, 包括进展障碍。包括计划解决障碍的替代策略。			
目标 1			使用 1-10 分评价目标完成情况 (10 分表示达到目标) 目标 1: 目标 2: 目标 3:
目标 2			
目标 3			

如果豁免参与者出现潜在的基础医疗、精神健康或教育支持等方面的需求，请列出转诊建议：

您何时提供音乐疗法（过去 90 天内的服务日期/时间）？

日期	服务提供（勾选提供方式）	花费时间（15 分钟内）
	<input type="checkbox"/> 现场 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 现场 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 现场 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 现场 <input type="checkbox"/> 远程服务	
	<input type="checkbox"/> 现场 <input type="checkbox"/> 远程服务	

**参加 CFT 会议、行为专家咨询或其他护理协调活动的日期：**

日期：            每次用时（15 分钟）：  
（每季度最多两小时）

描述任何咨询或护理协调结果（如有）。

在单独页面上包括额外访视，并附于本报告中。

**总用时（前 90 天提供的 15 分钟服务）：**

**签名**

客户签名	日期	法定代表人签名	日期
医疗服务提供者	签名日期		

## 音乐疗法季度进展报告说明

**客户姓名：**添加客户姓名。

**病例管理者姓名：**包括客户病例管理者的姓名。

**医疗服务提供者姓名：**添加直接为客户提供服务的医疗服务提供者的姓名。

**医疗服务提供者机构名称：**包括与客户一起工作的临床医生工作的机构名称。

**补充疗法表格 ( 27.194 ) 填写日期：**包括填写该表格的日期。

**本报告日期范围：**此表格报告的日期范围。

**PASSR 客户：**如果是 PASSR 计划支持的客户，请选中此框。客户的病例管理者可以确认。

**描述客户音乐疗法的目标和目的：**包括这些目标如何与客户的行为健康提供者要求的推荐支持相联系。描述每个目标如何补充主要行为支持计划。每个计划不应超过三个目标。

**选勾选所用音乐疗法策略类型的相应方框：**勾选适用框。

**描述用于每个目标的治疗策略：**使用了哪些方法和技术来支持客户？在此予以描述。

**用客观和可衡量术语总结实现目标的进展，包括障碍：**包括计划解决障碍的替代策略。包括客户在音乐疗法中采取了哪些步骤来使其更接近其目标。这项服务如何帮助客户实现其目标？在 -10 分的范围内，客户在达到其确定的音乐疗法目标方面进度如何？

如果客户出现潜在的基础医疗、精神健康或教育支持等方面的需求，请列出转诊建议（可以向护理协调员、治疗专业人士或 DDA 转诊）：在本节中列出任何除音乐疗法所能提供的转诊之外对于客户有必要的转诊。需要考虑的因素的示例：是否对客户的心理健康表现或教育需求有任何担忧？客户是否需要转诊到与其尚未建立关系的资源？

**过去 90 天内的服务日期和时间：**在此记录何时提供音乐疗法，通过何种服务提供（现场或通过远程服务），以及花费的时间。

**参加 CFT 会议、行为专家咨询或其他护理协调活动的日期：**记录参加的任何会议，如 CIIBS 豁免的个人客户和家庭团队会议，并记录讨论的任何新护理咨询策略。

**客户签名：**客户必须在此签名。

**法定代表人签名：**如适用，客户的法定代表人需要在此签名，同意此报告。

**医疗服务提供者签名：**马背疗法医疗服务提供者将在此签名。