

음악 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

음악 치료의 목표와 목적에 대해 설명합니다. 자세한 내용은 지침을 참조하세요.

목표 1	
목표 2	
목표 3	

새로운 치료 목표가 파악되면 음악 치료 초기 계획을 수정해야 합니다.

사용한 음악 치료 전략의 유형에 해당하는 확인란을 선택합니다.

- 음악 즉흥 연주
 수용적 음악 청취
 작곡
 가사 토론
 음악 및 이미지
 음악 공연
 기타 표현적 음악 형식

각 목표에 활용되는 치료 전략을 설명합니다.

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(10은 목표 달성) 척도 사용 목표 1: 목표 2: 목표 3:
목표 2		
목표 3		

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

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

날짜	서비스 제공(제공 방법 확인)	소요 시간(15 분 단위)
	<input type="checkbox"/> 대면 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 대면 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 대면 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 대면 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	
	<input type="checkbox"/> 대면 <input type="checkbox"/> 원격 서비스	

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	법적 대리인 서명	날짜
제공자 서명	날짜		

음악 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 임상외가 근무 중인 기관 이름 포함.

보완 요법 양식(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.

음악 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.

사용된 음악 치료 전략의 유형에 해당하는 상자에 체크: 해당되는 상자에 체크하세요.

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. 음악 치료에서 고객이 목표에 더 가까워지기 위해 어떤 노력을 기울였는지 설명하세요. 본 서비스를 통해 고객이 목표를 달성하는 데 어떤 도움이 되었나요? 음악 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 음악 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: 음악 치료가 언제 제공되었는지, 어떤 종류의 서비스 제공 방법(대면 또는 원격 서비스)을 통해 제공되었는지, 그리고 얼마나 많은 시간이 소요되었는지 여기에 기록합니다.

참석한 CFT 회의, 행동 전문가 상담 또는 기타 치료 조정 활동 날짜: CIIBS 면제 대상자를 위한 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.