

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名

(依頼元機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関



(依頼先機関)

居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション事業所 通所リハビリテーション事業所  
地域包括支援センター 老人保健施設 医療機関

依頼先機関等名 医療法人恒仁会 近江温泉病院総合リハビリテーションセンター  
近江訪問リハステーション

担当者 管理者 宛

フリガナ		男・女	生年月日	M・T・S
利用者氏名				年 月 日生 ( 歳 )
利用者住所	〒 -			TEL - -
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険	要介護状態等区分: 要支援(1・2)・経過的要介護・要介護(1・2・3・4・5) (有効期間: 年 月 日～ 年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 手帳等	特定疾患医療受給者証・福祉医療費受給券・生活保護・その他( )			

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	主障害名
1.脳血管疾患 2.骨関節疾患 3.神経・筋疾患 4.呼吸・循環器系疾患 5.脊髄損傷 6.内分泌・代謝疾患 7.廃用性症候群 8.その他( ) *主疾患の発症日: 年 月 日	1.片麻痺 2.四肢麻痺 3.対麻痺 4.起立障害 5.歩行障害 6.バランス障害 7.平衡機能障害 8.姿勢反射障害 9.高次脳障害 10.その他( )

紹介目的	
かかりつけ 病院・医院	主治医
最終入院・入所 の理由	退院・退所日

目標とする生活  
(本人)  
(家族)

生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)

援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化

現状の問題点・課題

リハビリテーションの観点から今後のサービス提供に期待すること

備考 \*他サービスの利用があれば曜日状況をお知らせ下さい。

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. サービス計画書、週間サービス、担当者会議記録等を添付すること。

依頼日	年 月 日
事業所	
担当者	
電話	
FAX	