

## 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
-----------



(依頼先機関)

通所リハビリテーション事業所
----------------

依頼先機関等名

吉川中央総合病院 通所リハビリテーション 担当者 宛

氏名	生年月日	年	月	日
住所				年齢 歳
電話番号				性別 男 ・ 女
認定情報	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: ~			

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

目標とする生活(本人及び家族)
-----------------

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
----

- 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			