

ケアマネジメント連絡用紙

該当機関名
(依頼元機関)
↓
(依頼先機関)
依頼先機関名

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

氏名	生年月日 明・大・昭和 年 月 日 (歳)		
住所			性別 男・女
電話番号			
認定情報	要介護状態区分 : 要支援(1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
	(有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日)		
その他	介護保険減免認定有無 : 有・無	退院日 年 月 日	医療機関名()

傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)	かかりつけ医療機関・担当医
--------------------------	---------------

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

目標とする生活 (本人及び家族、ケアマネージャー)とそれに伴う現状の問題点・課題

備考

<現状で利用しているサービス(曜日・時間帯など)は、下記のマークを表に記入して下さい>

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

:デイサービス :デイケア :訪問看護 :訪問介護

<利用を検討しているサービス>

サービス名	事業所名	連絡方法	備考

- 備考
1. 必要がある場合は別紙に記載して添付して下さい。
 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して下さい。

依頼日	平成 年 月 日
事業所	-----
事業所番号	-----
担当者	-----
電話	- -
FAX	- -