

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 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
---------	-------------------------	--------------------------	------------------------



(依頼先機関)	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
---------	-------------------------	--------------------------	------------------------

依頼先機関等名

担当者 殿

氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業
住所	性別 男・女
電話番号	
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: 年 月 日 ~ 年 月 日)

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	平成	年	月	日
事業所				
担当者				
電話				
FAX				