

# ケアマネジメント連絡用紙(申し込み用紙)

依頼先機関等名

社会医療法人 東明会 原田病院 訪問リハビリテーション 宛

|     |                   |                                                           |
|-----|-------------------|-----------------------------------------------------------|
| 氏名: | 生年月日: 年 月 日 ( 歳 ) | 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|-----|-------------------|-----------------------------------------------------------|

☐ 基本情報(フェイスシート)参照 ※基本情報をご提供いただいている場合、点線内のご記入は省略いただいて結構です。

|          |
|----------|
| 住所: (〒 ) |
|----------|

|       |
|-------|
| 電話番号: |
|-------|

|             |             |
|-------------|-------------|
| 緊急連絡先①: ( ) | 緊急連絡先②: ( ) |
|-------------|-------------|

|          |                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------|
| 認定<br>情報 | 要介護状態等区分: 要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) 負担割合 ( 1 ・ 2 ・ 3 ) |
|          | 認定年月日 ( 年 月 日 ) 有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )                               |
|          | 被保険者番号 ( ) 交付年月日 ( 年 月 日 )                                           |

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 主治医                             | 病院: Dr.:                       |
|                                 | 前回受診日(退院日): 年 月 日 次回受診日: 年 月 日 |
| 診断名<br>(生活機能の低下の原因<br>となった傷病名等) |                                |

|                                            |                                          |  |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|--|
| 性格・趣味:                                     |                                          |  |
| 目標と<br>する生<br>活                            | 本人                                       |  |
|                                            | 家族                                       |  |
| 生活情報<br>(家族構成、キーパーソン、生活歴、生活環境等において特記すべき事項) | <input type="checkbox"/> 基本情報(フェイスシート)参照 |  |
| 援助の経過<br>(これまでの援助方針・援助の成果等)及び生活機能の変化       | <input type="checkbox"/> 基本情報(フェイスシート)参照 |  |
| 現状の問題点・課題:                                 |                                          |  |
| 訪問リハビリテーションに期待すること                         |                                          |  |
| 備考:                                        |                                          |  |

|     |  |     |       |
|-----|--|-----|-------|
|     |  | 依頼日 | 年 月 日 |
| 事業所 |  | 担当者 |       |
| 電話  |  | FAX |       |